POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPOŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Czerwiec — ROCZNIK DRUGI — 1900.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Ze szpitala ludowego w Woskresieńskiej Hucie (gub. ufimska).

Nowy sposób leczenia gradówki (chalazion).

Podał

JÓZEF IDZIKOWSKI

Tangl pierwszy zwrócił uwagę na gruźlicze pochodzenie gradówki. Jakkolwiek dalsze badania na drodze bakteryologicznej nie były w stanie stwierdzić tego odkrycia, a Deyl, Boucheron i inni potrafili przeważnie z młodych gradówek wyhodować nie laseczniki Koch'a, lecz koki z rodziny ropotwórczych, — to na drodze anatomo-patologicznej zdania mało się różnią co do charakteru tkanki tego nowotworu. Panuje, mianowicie, jednolitość w tem, że gradówka »nie jest torbielem w istotnem tego słowa znaczeniu« (Lagrange[1]), lecz »wytworem przewlekłego zapalenia swego rodzaju« (Fuchs[2])

[1]) Felix Lagrange: Précis d'ophtalmologie. Paris, 1897.

[2]) Ernst Fuchs: Lehrbuch der Augenheilkunde. Fünfte vermehrte Auflage. 1895.

i posiada budowę, »ściśle odpowiadającą budowie gruzełka gruźliczego, z komórkami olbrzymiemi i t. d.« (Parisotti[1]). Każdy zaś musi przyznać, że od takiej zgodności na gruncie anatomo-patologicznym już bardzo blisko do ostatecznego rozstrzygnięcia pytania, dotąd dostatecznie niewyjaśnionego, lecz też niewykluczonego ze sporu przez ujemne wyniki badań i dowodzenia Deutschmann'a, Weiss'a, Strzemińskiego[2]), Poroszyn'a) i in.: czy mamy do czynienia z gruźlicą, czy też z innem swoistem zapaleniem przewlekłem. Chodzi tylko o poważną liczbę klinicznych i doświadczalnych spostrzeżeń, szczególniej zaś o częstsze sprawdzanie badań przez szczepienie zawartości gradówki do komórki przedniej królika (Ginzburg[3]).

Ważne pod tym względem dane podał Towarzystwu oftalmologów francuskich wzmiankowany powyżej Parisotti) na posiedzeniu 1 maja 1893 r. Rzecz dotyczyła: 1. jego asystenta, który niejednokrotnie poddawany był operacyi wyłuszczania licznych gradówek, a w kilka miesięcy później zmarł na gruźlicę; 2. pewnego preparatora, u którego gradówki rozwinęły się po zakażeniu trupiem, a który pochodził z rodziny, uważanej za gruźliczą; 3. wreszcie 18 podobnych, choć mniej jaskrawych, spostrzeżeń.

Zanim jednak nagromadzenie danych rozjaśni sprawę ostatecznie, praktyka życiowa, mając na celu raczej usunięcie cierpienia, niż wyjaśnienie jego jako zjawiska, musi tymczasem opierać się na mniej lub więcej prawdopodobnych przypuszczeniach. Przyjmując hypotezę o gruźliczem pochodzeniu gradówek. oparłem na niej sposób leczenia, który uzyskał tyle rozgłosu w terapii gruźlicy stawów, kości i t. p., gdzie również

---

[1]) Societe française d'ophtalmologie. Onzieme session t. à Paris du 1-er au 4 mai 1893. (Semaine med. Nr. 28. 1893).

[2]) Ignacy Strzemiński: Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry lewej powieki górnej i t. d. (Postęp Okulistyczny, luty, 1899.

Autor ten zresztą nie zaprzecza, że »w niektórych, rzadkich wypadkach chalazion przedstawia wytwór gruźlicy, podobnie jak w innych, także rzadkich, kiły« (str. 55).

[3]) VII Zjazd lekarzy rosyjskich w Kazaniu (Wracz, Nr 21, 1899).

nieraz można postawić rozpoznanie tylko hypotetyczne i aż nadto często użalać się na niedokładność badań bakteryologicznych i doświadczalnych. Sposób ten polega na wstrzykiwaniu 10% rozczynu jodoformu w eterze. Po obmyciu powieki i zaciśnięciu jej w szczypce Desmarres'a, przez grubszą igłę Pravaz'a staram się wydobyć choć cokolwiek płynu z gradówki, poczem, pozostawiając igłę na miejscu, wstrzykuję — zwykle pod dość wysokiem ciśnieniem — 1 lub 2 krople rozczynu. Zabieg taki powtarzam co 3—4 dni.

Dotąd rozporządzając przeważnie materyałem szpitala ludowego, gdzie wypadki kosmetyczne (do takich niewątpliwie zaliczyć należy gradówkę) dostają się w znacznej mniejszości, zaledwie cztery razy miałem możność stosowania powyższego sposobu. Niemniej spieszę z opublikowaniem odnośnych wypadków, zachęcony niespodziewanie pomyślnym wynikiem i myślę o pożytku, jaki ten łatwy i dostępny sposób przynieść może w leczeniu chirurgicznem ludu, który, jak wiadomo, z całą ścisłością zwykł ważyć trudność zabiegu i dolegliwość cierpienia.

1. M. J., lat 26, żona oficera ze Sterlitamaka, zjawiła się do szpitala w 4 miesiące po zauważeniu wyniosłości na prawej górnej powiece, co z początku przyjęła za jęczmień *(hordeolum)*. Chora żyje w ciągłej obawie o swe zdrowie i, pamiętając o tem, że jej matka, mając zaledwie 22 lata, zmarła na gruźlicę, co roku leczy się kumysem; zresztą z przeszłości swojej nie może przytoczyć żadnej poważniejszej dolegliwości, choć rzeczywiście nie wygląda na dostatecznie dobrze odżywianą i silną. Rodziła dwa razy — dwoje skrofulicznych dzieci, które zmarły na biegunkę letnią. Gradówka, siedząca prawie pośrodku powieki, wielkości grochu polnego, mieści się pod zupełnie zdrową, łatwo przesuwalną i odciąganą skórą. J. operacyę odrzuca w obawie przed blizną. Wobec tego 7 i 11 lutego 1896 r. zastrzyknięto w woreczek gradówki po 2 krople jodoformu eterowego. Po pierwszem zastrzyknięciu wyniosłość nieco zwiększyła się wskutek obrzmienia powieki, po następnem zmalała do maleńkiego, jak główka szpilki, guzeczka, usadowionego na chrząstce, niewidzialnego dla oka. Zupełne zni-

knięcie owego guzeczka nastąpiło dopiero po 2 miesiącach. Zawartość gradówki była płynną.

2. A. B., lat 22, ze wsi Bieregówki, d. 4 marca 1898 r. została przyjętą do szpitala z powodu gruźliczego zapalenia okostnej szóstego żebra prawego w okolicy łopatki i powstałego stąd ropnia opadowego. Dziedziczność niewyjaśniona. Ciepłota ciała 38°—38,4°. W płucach ognisk zapalnych nie stwierdzono. Chora poprzednio żadnego poważniejszego cierpienia nie przechodziła. Czteromiesięczne dziecko, urodzone już podczas choroby, zdrowe i dobrze odżywione. Ropień utworzył się 5 miesięcy temu — w ostatnich tygodniach ciąży, — a jednocześnie prawie na prawej górnej powiece (pośrodku) zjawiła się wyniosłość, powstała, jak i ropień, bez jakiegokolwiek bólu. Po stwierdzeniu gradówki wielkości grochu cukrowego, zaproponowano chorej jednoczesne leczenie obu dolegliwości wstrzykiwaniem jodoformu eterowego. Gdy jednak ropień nie zmniejszał się nawet po 6 wstrzykiwaniach i usunięty być musiał dopiero na drodze operacyjnej *(resectio costae)*, to gradówka znikła dla widza już po dwóch zabiegach, wykonanych 7 i 10 marca. Zawartość gradówki była płynną.

3. M. N., l. 31, włościanka z Wierchotorskiej Huty, posiadała gradówkę na zewnątrz od środka lewej powieki górnej, wielkości grochu polnego, istniejącą od 7 miesięcy. Kilka tygodni temu wyniosłość nieco zmniejszyła się, przyczem miało miejsce kilkodniowe zapalenie oka (widocznie nastąpiło przebicie się gradówki przez spojówkę), lecz wkrótce zaczęła znowu nabrzmiewać. Dnia 11 stycznia 1900 r. gradówka doszła do wielkości grochu cukrowego; spojówka w odpowiedniem miejscu była wypuklona i, jak zwykle, zaczerwieniona; otworku niepodobna było odszukać; skórę nad gradówką łatwo można było przesuwać. — Dopiero po czterech zastrzyknięciach — 12, 17, 21 i 24 stycznia — wyniosłość na powiece zniknęła. Przy pierwszym zabiegu chora uczuła silne palenie w oku, prawdopodobnie wskutek przedostania się rozczynu eterowego przez otworek w spojówce. Zawartość w gradówce była płynną.

4. E. A., l. 23, włościanka z Woskresieńskiej Huty, nosiła na prawej powiece gradówkę przez rok cały. 15 stycznia 1900 roku gradówka, nie większa od grochu polnego, nie wykazywała najmniejszej skłonności do przebicia się przez spojówkę lub skórę. Ambulatoryjnie, jak w 1 i 3 przypadku, zastrzyknięto 2 krople jodoformu eterowego, po bezowocnem usiłowaniu wydobycia choćby nieznacznej ilości płynu z gradówki, widocznie wskutek jego zgęszczenia. Ponieważ parcie tłoka musiało być dość znaczne, nastąpiło pęknięcie woreczka i wystąpienie eteru na zewnątrz, co wywołalo silny, choć chwilowy, ból w powiece. 18 stycznia, zgodnie z umową, chora zjawiła się znowu, lecz, usłyszawszy z poczekalni krzyk usypianego chloroformem dziecka, zawróciła do domu. Dopiero 10 lutego t. r. spotkałem przypadkowo chorą i przekonałem się, że jedno zastrzyknięcie wystarczyło, by gradówkę zmniejszyć do maleńkiej, niewidzialnej dla oka, wyniosłości na chrząstce.

Wogóle należy zauważyć, że zabieg opisywany bólu nie wywoływał, jeżeli eter nie przedostawał się na zewnątrz woreczka gradówki (wypadki 3 i 4).

W żadnym z trzech przypadków, w których udało się wydobyć nieco płynu, laseczników Koch'a nie wykryto.

Uznając za słuszne, że 4 przypadki nie wystarczają jeszcze do wysnuwania całkiem pewnych wniosków, niemniej uważam za możliwe zwrócenie uwagi kolegów na ten łatwy sposób, nie pozostawiający blizny, nie dopuszczający (z opisywanych przypadków dwa przez długi czas spostrzegać mogłem) nawrotów, a przedewszystkiem jedynie możliwy i trafiający do przekonania chorego w praktyce ludowej.

2. Przyczynek do artykułu Dra J. Talki:

Obustronna zgorzel powiek i gałek ocznych[1]).

Podał
Dr K. Rumszewicz
w Kijowie.

Otrzymałem do zbadania anatomicznego: 2 gałki oczne, 2 cząstki tkanki oczodołowej, 2 kawałki opony twardej mózgowej i cząstki wypociny z zatoki czołowej. Wszystkie te części były przechowane w 4% rozczynie formaliny.

Badanie anatomiczne wykazało zmiany następujące: W spojówce gałki, której, przy wyjęciu gałki, dość znaczne zostawiono części, znalazłem bardzo znaczne przekrwienie naczyń, zwłaszcza żył, nadto bardzo obfite nacieczenie tkanki przez komórki okrągłe. Te same zmiany znalazłem również w tkance nadtwardówkowej, nadto nie tylko w przednich częściach gałki, lecz również dalej ku tyłowi. Co do rogówki, znalazłem tkankę jej tylko w lewem oku, właściwie tylko pas jej najbardziej obwodowy. W pasie tym, jakoteż w przyległym pasie twardówki, znalazłem nacieczenie przez komórki okrągłe, które mogłem wyśledzić do samego przewodu Schlemma, wzdłuż naczyń, zespalających go z żyłami spojówkowemi. W nielicznych resztkach tęczówki, znalazłem, obok przekrwienia naczyń, bardzo znaczne nacieczenie drobnokomórkowe. Dokładniejsze zbadanie zmian, w tęczówce zaszłych, jakoteż wogóle zawartości gałek, wysoce utrudniała okoliczność, że gałki otrzymałem już poprzednio rozcięte. Soczewek, jak widać z historyi choroby, gałki już wcale nie zawierały, w lewem oku napotykałem jednak strzępki torebki, obok której znajdowały się niekiedy włókna soczewkowe.

Bardzo znaczne zmiany znalazłem w ciele rzęskowem. Było ono bardzo spęczniałe, na co składały się: przekrwienie naczyń i nacieczenie drobnokomórkowe, które wprost rozsuwało

---

[1]) Patrz »Postęp Okulistyczny« Nra 9 i 10 z r. 1900.

pęczki mięśnia zastosowawczego i posuwało się ku tyłowi za rąbek zębaty. Znaczne też zmiany znalazłem w obrębie części rzęskowej siatkówki. O ile w tylnej warstwie barwikowej tęczówki żadnych zgoła zmian dostrzedz nie mogłem, o tyle w obrębie ciała rzęskowego pierwociny siatkówki uległy bardzo znacznym zmianom. Warstwa jej wewnętrzna była bardzo zgrubiałą i stanowiły ją komórki postaci wrzecionowatej. W warstwie jagodówkowej, która również była zgrubiałą, komórki ułożone były w długie wyrostki, skierowane do istoty ciała szklistego. W kierunku ku wierzchołkom wyrostków komórki traciły stopniowo barwik i wydłużały się, stając się raczej podobnemi do komórek warstwy wewnętrznej. Nowo powstałych naczyń obok wyrostków nie spostrzegałem. W ciele szklistem, nie tylko w okolicy wyrostków rzęskowych, lecz wszędzie, nawet w cienkich warstwach jego, zawartych w załamkach oderwanej siatkówki, znajdowałem bardzo liczne komórki okrągłe. W błonie nadnaczyniówkowej, w przedniej jej części, blaszki były bardzo od siebie odsunięte i obficie pokryte okrągłemi komórkami. Dalej ku tyłowi, w obrębie naczyniówki właściwej, zmiany znacznie mniejsze były, nawet naczynia mniej były przekrwione, natomiast w podścielisku liczba komórek niezabarwionych stanowczo była zwiększoną. Za życia oderwanie siatkówki nie było widocznem, nie spostrzeżono go również po rozcięciu gałki podczas obdukcyi, prawdopodobnie wskutek opadnięcia gałki, na cięciach wszakże było ono zupełnie wyraźnem [1]). Zresztą w siatkówce, prócz zmian w naczyniach krwionośnych, o których później powiem, innych zmian wybitnych nie było, tylko w częściach jej oderwanych brakowało pręcików i czopków. Wyjątek stanowiły tylko części siatkówki, obok samego nerwu wzrokowego położone. W tych znalazłem bardzo obfite nacieczenie drobnokomórkowe, zwłaszcza w warstwie włókien nerwowych. Miejsce wejścia obu nerwów wzrokowych było bardzo wydatne ku przodowi,

---

[1]) Zapisano przy obdukcyi oderwanie siatkówki tylko w prawem oku, w lewem nie było takowe widocznem. *(Przypisek Dra J. T.)*

a w tkance łącznej pomiędzy pęczkami włókien w samej tarczy, jakoteż w błonie sitowatej i dalej na odległość przeszło 1 ctm. ku tyłowi (czyli, o ile tylko pozostawiono nerwów przy gałkach) w tkance, pomiędzy włóknami nerwowemi położonej, znalazłem bardzo obfite nacieczenie drobnokomórkowe i silne przekrwienie naczyń krwionośnych. Przestwór międzypochewkowy nerwu był znacznie rozszerzony i wypełniony włóknikiem, który zawierał liczne drobne komórki okrągłe; widocznym był nadto rozrost śródbłonka przestworu.

Bezwarunkowo najbardziej znaczne zmiany znalazłem w tkance oczodołowej. Już gołem okiem widoczne w niej były liczne punkty ciemne, większe lub mniejsze. Badanie drobnowidowe udowodniło, iż były to najczęściej wynaczynienia w istocie samej tkanki, jakkolwiek dość liczne były również zakrzepy żył, zarówno najcieńszych, jakoteż grubszych. Dokoła żył zatkanych, jakoteż dokoła wynaczynień, spostrzegano obfite nacieczenie drobnokomórkowe, na którem nie zbywało zresztą zgoła nigdzie, chociaż w mniejszym znacznie stopniu w całej tkance oczodołu.

Nadto widoczne były zmiany w naczyniach krwionośnych. Mianowicie w małych tętnicach śródbłonek często składa się z 2—3 warstw, co oczywiście dowodziło rozrostu śródbłonka. W żyłach zmiany takie w śródbłonku były bardzo niewyraźne, natomiast dokoła ścian żył, przeważnie cienkich, często napotykałem bardzo obfite nacieczenie drobnokomórkowe. Opisane zmiany w naczyniach napotykałem nie tylko w tkance oczodołowej, lecz nadto w spojówce, w ciele rzęskowem, w naczyniówce i zupełnie wyraźnie nawet w siatkówce, zwłaszcza w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego.

Badanie na drobnoustroje było bardzo utrudnione z powodu przechowania części, podczas sekcyi wyjętych, w 4% rozczynie formaliny. Wszelako barwienie sposobem Grama i błękitem metylowym wykryło, wewnątrz komórek okrągłych położone, zaczynniki *(cocci)*. Szczególniej były one widoczne w komórkach, które otaczały zatkane żyły opony twardej móz-

gowej. Natomiast ani w wynaczynieniach, w które tak obfitowała tkanka oczodołowa, ani też w samych skrzepach drobnoustroje nie mogły być wykryte. Przy badaniu zawartości zatoki czołowej w skrzepłej masie znajdowały się nieliczne komórki przybłonkowe i w wielkiej liczbie komórki okrągłe, w których jednakże napróżno szukałem drobnoustrojów.

Tyle tylko tych nielicznych danych dostarczyć mogło badanie anatomiczne. W literaturze znajdujemy również bardzo nieliczne badania zmian anatomicznych przy zgorzeli powiek. Mitwalsky[1]) w jednym przypadku (u 77letniej kobiety) spostrzegał zatkanie przez drobnoustroje tętniczki łuków tarczowych powiek; znaleziono je *(streptococci)* nadto nie tylko w ropie jamy otrzewnowej, lecz również w tkance podskórnej i w naczyniach włosowatych wątroby. Udała się też zupełnie hodowla na galarecie. Bock[2]) w swej obszernej pracy o zgorzeli powiek spostrzegał w pierwszym przypadku najpierw streptokoki w wydzielinie, następnie drobnokomórkowe nacieczenie w powiekach dokoła gruczołów i przewodów, nerwów, cebulek włosowych i naczyń krwionośnych. Z pomiędzy tych liczne pozbawione były światła wskutek zapalenia śródtętniczego, śródżylnego i dokoła żył. Drobnoustrojów nie udało się znaleść, chociaż części, do badania przeznaczone, były przechowane w wyskoku bezwodnym. W drugim przypadku, w którym nastąpiło wyzdrowienie, znalazł w rance w okolicy ciemienia i w ropie, z powiek wziętej, streptococcus pyogenes, hodowla wszakże nie powiodła się. Przy powtórnem zakażeniu przez staphylococcus, które w przypadku tym miało miejsce i spowodowało owrzodzenie skóry na piersiach i zapalenie płuc, Bock znalazł staphylococcus nie tylko w ropie, lecz wyhodował go na galarecie i ziemniaku.

---

[1]) »Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde«. 1893.

[2]) »Wiener med. Wochenschrift«. 1898.

3. Aspiryna w okulistyce.

Przez

BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

Do środków, mających niepospolitą wartość w lecznictwie, należy niewątpliwie aspiryna, która, jak wiadomo, jest połączeniem kwasu salicylowego i octowego. Wyrabia ją firma fabryczna Fr. Bayer i Sp. w Elberfeldzie, która przez swego przedstawiciela przesłała mi pewną ilość środka tego do doświadczeń.

Nie spieszyłem się z podaniem mego na wartość tego leku zapatrywania, gdyż pragnąłem zdanie me objawić dopiero po dość wyczerpujących doświadczeniach. Dziś, kiedy pod tym względem sąd już sobie wyrobiłem, nie chciałbym dłużej ociągać się ze zaznaczeniem tego, co na wzmiankę zasługuje.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu, niechaj mi wolno będzie poprzednio kilka ogólnych uczynić uwag, środka tego dotyczących, jakoteż zaznaczyć to, co w ostatnich czasach o środku tym ogłoszono.

Aspiryna, czyli acetyl kwasu salicylowego, stanowi proszek biały, krystaliczny, w wodzie słabo rozpuszczalny, bo tylko w stosunku 1%, i to przy ciepłocie wody 37°. Kwasy nie mają żadnego na środek ten wpływu, natomiast rozpuszczają go łatwo płyny alkaliczne. W ten sposób podawana aspiryna — żołądka, o ile ten jest w stanie prawidłowym, nie drażni, a rozpuszcza się dopiero w jelitach, we krwi i lymfie. Posiadając, według orzeczenia Dra Wohlgemutha, który środka tego doświadczał z polecenia prof. Leydena[1]), te same własności, co sodan salicylu, nie dzieli jego ujemnych wpływów, to jest nie ma wywoływać dolegliwości żołądkowych, nudności i braku łaknienia.

Ważną okoliczność stanowi porównawcze działanie obu

---

[1]) »Therap. Monatsh.« Nr. 5. 1899.

środków na serce. Wiadomo, że pod tym względem kwas salicylowy, a tak samo i sodan salicylowy, przez osoby, dotknięte jakąkolwiek słabością sercową, źle bywa znoszonym. Według dotychczasowych spostrzeżeń Witthauera[1]), Lengyela[2]), i Piotrowskiego[3]) z oddziału Dra Krokiewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie — aspiryna wolną jest od tego wpływu. Odpowiada to zresztą spostrzeżeniom doświadczalnym, zrobionym przez prof. Dresera[4]). Według Dresera sodan salicylowy w równym składzie molekularnym obniżał działanie serca, gdy aspiryna, przeciwnie, podnosi je.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń klinicznych aspiryna byłaby wskazaną tam, gdzie wogóle salicyl dotychczas bywał używanym. Działanie przychodzi do skutku dopiero po rozpadzie środka na składniki, to jest na kwas salicylowy i octowy. Już po upływie 3 kwadransy po zażyciu aspiryny, kwas salicylowy występuje w moczu[5]).

Filippi referował b. r. w accademia medico-fisica florentina o drogach wydzielniczych dla aspiryny. Wiadomo, że aspiryna rozkłada się na powyżej przytoczone składniki tylko przy zetknięciu z alkaliami. Oddziaływanie na kwas salicylowy rozpoczyna się w mazi stawowej (synowii), ale też dłużej trwa: w moczu 54 godziny, w synowii 77 godzin po podaniu środka. W mazi stawowej oddziaływanie jest ostrzejsze, ponieważ tutaj akumulacya leku bez wątpienia przychodzi do skutku.

Dotychczas stosowano aspirynę przeciwko gośccowi stawowemu i mięśniowemu przy zapaleniu opłucny, przy dnie, a nadto sławi działanie kojące środka tego Weil[6]) przy bólach, spowodowanych rakiem macicy, odbytnicy, przy tabes i nerwicy nerwu V niewiadomego pochodzenia. Bardzo silne

---

1) »Heilkunde«. Nr. 7. 1898).

2) »Heilkunde«. Nr. 8. 1899).

3) »Przegl. Lek.« Nr. 8. 1900).

4) »Arch. f. d. g. Physiologie«. 1899, p. 76 we farmakologicznym zakładzie.

5) Piotrowski: l. c., p. 90).

6) »Allg. med. Central. Zeit.« Nr. 4. 1900.

bóle zwalczano ze skutkiem zawsze po podaniu 1 gr. aspiryny, a napady występowały nadto coraz rzadziej, z czego można było wnioskować, że podstawą cierpienia był gościec.

Nie będę zaznaczał działania w innym kierunku, pragnąłbym jedynie kilku słowami podnieść działanie aspiryny w lecznictwie okulistycznem.

Tu doświadczenia już robiono, a mianowicie Wolffberg[1]) w 20 przypadkach przy glaukoma, przy iritis gonorrhoica, episcleritis, to samo Schmeichler[2]) przy iritis rheumatica, zaćmieniach ciała szklistego i nerwicy nervi supraorbitalis.

Otóż od 6 miesięcy stosuję środek ten, tak w mej klinice uniwers., jakoteż w praktyce prywatnej, dosyć często przeciw najrozmaitszym cierpieniom ocznym. Nie będę wyliczał poszczególnych przypadków, by nie powtarzać rzeczy już ogłaszanych i znanych, ograniczę się raczej na zaznaczeniu tego, co mi się przy stosowaniu środka tego wydawało uwagi godnem.

Materyał, na którym doświadczenie moje opieram, obejmuje przeszło 100 przypadków; a doświadczenie wyrobiło we mnie przekonanie, że aspiryna stanowi cenny nabytek także w lecznictwie okulistycznem. o ile, oczywiście, cierpienia oczne zależne są od ogólnych zmian chorobowych ustroju naszego. —

Przedewszystkiem ze skutkiem stosowałem aspirynę we wszystkich cierpieniach, zależnych od gośćca, dny, lub przerzutowego zakażenia rzeżączkowego.

Postacie zajęć ocznych były najrozmaitsze, a mianowicie:

1. Zapalenie spojówki chroniczne na podstawie przebytej rzeżączki cewki moczowej. I tak chory 30letni, leczony poprzednio najrozmaitszymi środkami przez rozmaitych lekarzy, ale z żadnym lub nieznacznym skutkiem, uwolnił się od cierpienia, które mu wiele miesięcy dokuczało, dopiero po użyciu aspiryny.

2. Zapalenia tęczówki, jakoteż tęczówko-rzęskowe *(iritis et iridokyklitis).*

---

[1]) »Wochschr. f. Therap. u. Hyg.« 47. 1899.

[2]) »Wiener Med. Wochenschrift«. 38. 1899.

Co do pierwszej postaci, to znamiennym był między innymi przypadek, dotyczący mężczyzny 40letniego, u którego ostre zapalenie gośccowe tęczówki zniknęło bardzo szybko, bo już po tygodniu, gdy obok atropiny, zastosowanej do oka, podawałem choremu aspirynę wewnętrznie.

Ale i zapalenia ciała rzęskowego, połączone ze zaćmieniem ciała szklistego, ulegały korzystnie wpływom aspiryny, i to niejednokrotnie tam, gdzie inne środki poprzednio bez skutku były używane.

Znamiennym pod tym względem był przypadek, dotyczący chorego p. W. z Królestwa Polskiego, 58letniego, który, będąc krótkowzrocznym, na lewem oku od dłuższego czasu zauważył znaczne zaćmienia w ciele szklistem, tak, że jeden z okulistów zagranicy oświadczył, iż oko to uważać trzeba za stracone. Chory, przybywszy do mnie, skarżył się na peryodycznie występujące większe zaćmienie, połączone ze zaczerwienieniem oka. Badanie wykazało dość wybitne nastrzyknięcie rzęskowe, oko bolesne na dotyk w okolicy rzęskowej. Zaćmienia dość liczne, większe i mniejsze, ciała szklistego zasłaniały dno, które tylko jak przez mgłę było widzialne. Już jednorazowa dawka 1 gr. aspiryny tak poskutkowała obok atropiny i skopolaminy, iż chory oświadczył, że nigdy napad tak szybko nie ustępował. Po kilku dalszych dawkach męty ciała szklistego poczęły się wyjaśniać, a po kilku tygodniach chory powrócił zadowolony do domu ze znacznie podniesionym wzrokiem.

3. Zapalenia twardówki, tak powierzchowne, jakoteż głębokie, przystępne są leczeniu aspiryną, o ile polegają na podstawie gośccowej, lub dny.

4. W razie surowiczego zapalenia jagodówki z wysiękiem do ciała szklistego i następowymi objawami jaskrowymi działa aspiryna w odnośnych przypadkach zadziwiająco dobrze. Z pomiędzy kilku przypadków pozwolę sobie przytoczyć po krótce jeden, jako bardzo znamienny.

V., kupiec, izraelita, 59letni, przybył do mnie 12 grudnia z. r. ze zapaleniem prawego oka: Irido-choroiditis serosa cum glaukomate consecutivo. V. = palce na 1 mt., tonus + 2.

Cierpienie trwało rzekomo już 3 tygodnie i chorego w najwyższym stopniu męczyło. Silne bóle pozbawiały chorego snu.

Przepisałem pilokarpinę do oka i aspirynę. Już nazajutrz chory z radością oświadczył, iż pierwszą noc spokojnie przepędził. Wzrok podniósł się do $^{6}/_{40}$ Mp. 0,5. Pod wpływem tego samego leczenia, później skopolaminy i ciepłych okładów, sprawa szybko ustępowała. Gdy chory w kilka miesięcy i na lewem oku tę samą przechodził sprawę zapalną, lubo mniej silnie rozwiniętą, ten sam sposób leczenia w przeciągu kilku tygodni tak dalece zapalenie opanował, iż gdy chory w maju b. r. przedstawił się po raz ostatni, na prawem oku zaledwo nieznaczne zmętnienia na błonie Descemeta i lekkie zaćmienie pyłkowe ciała szklistego obok kilku tylnych przyczepów tęczówki można było rozpoznać. Lewe zaś oko, po silnem również zapaleniu, ale wcześnie i stosownie leczonem, zaledwo dostrzegalne przedstawiało ślady. Wzrok prawego oka wynosił $^{5}/_{10}$ Hp. 2 J. 4, lewego prawie $^{5}/_{5}$ Hp. 2,25 J. 2 przez 4,5.

5. Jaskra ostra okazała się również przystępną leczeniu aspiryną, a zadziwiającym pod tym względem był skutek u kobiety 77letniej, która 4 marca b. r. przybyła do mnie, podając, iż już od kilku tygodni wzrok oka lewego podupadł. Chodziło o jaskrę ostrą lewego oka, którego wzrok obniżył się do rozpoznawania palców na odległość 2 mt. Ból szalony, pozbawiający chorą od kilku dni snu. Oko przedstawiało typowy obraz jaskry ostrej, dla której lekarz domowy podawał już pilokarpinę. Z powodu bardzo płytkiej przedniej komórki i szerokiej źrenicy, wstrzymałem się od wykonania irydektomii.

Ograniczając się pierwszego dnia na mięsieniu oka, zapuszczeniu eseryny i wkraplaniu pilokarpiny, podałem przytem 2 gr. aspiryny dla zmniejszenia bólu.

Chora wkrótce zasnęła, a przebudziwszy się rano, zaznaczyła, że nie tylko ból oka ją opuścił, ale nadto boleści głuche, jakie od dawna miała w ramieniu prawem, ustąpiły zupełnie. Wobec tego podawałem chorej ten środek tembardziej, że oko stawało się coraz więcej prawidłowem. Zmętnienie rogówki znikło, napięcie stało się prawidłowem. Wzrok podniósł

się do $^6/_{21}$ bez szkła $^6/_{18}$ Mp. 1 J. 2 przez + 1,5. Tylko źrenica małoco się zwężyła; to zaś spowodowało mnie, dla zapobieżenia nawrotom, do wykonania irydektomii. Przebieg był prawidłowym, ale wzrok, z powodu początkującej zaćmy, która w równym stopniu i w prawem oku się rozwijała, więcej się nie podniósł.

6. Niemniej skuteczną okazywała mi się aspiryna przy nerwicach nerwu trójdzielnego, czy to pojedynczych jego gałęzi, czy też całego pnia.

Oczywiście tylko w przypadkach czysto gośccowych można się spodziewać skutku po wyłącznem stosowaniu aspiryny,— tam zaś, gdzie podstawą jest malarya, zastąpić ją trzeba chininą, albo użyć trzeba połączenia obu środków. —

Co do sposobu stosowania aspiryny, to podawałem ją zazwyczaj rano i wieczorem po 1 gr. Ponieważ aspiryna mało jest rozpuszczalną w płynach, przeto najlepiej podawać ją w opłatkach, albo po wzięciu do ust spłukać wodą. Nie chcąc obciążać żołądka, unikać trzeba podawania równoczesnie bikarbonatu sody lub alkalicznych płynów.

Wogóle chorzy środek ten znoszą dobrze, nie miewają żadnych dolegliwości. Zdarzyło mi się jednak kilka razy widzieć, iż w niektórych przypadkach proszek sprawiał mdłości, tak, że zniewolony byłem od dalszego stosowania aspiryny odstąpić. Co było powodem tego objawu, nie dało mi się stanowczo stwierdzić, lubo przypuszczałem, iż niedokwas żołądka lub przypadkowa zawartość w żołądku płynu jakiego alkalicznego, sprawiającego wcześniejszy rozkład środka, winna była być obwinioną.

Wogóle jednak aspiryna może być długo używaną bez żadnych ujemnych objawów, czego o salicylu, salolu i t. d. powiedzieć nie można.

Dawka zwykła wynosiła 1—2 gr. dziennie, ale stosowałem aż do 4 gr. bez żadnych ujemnych skutków.

II. STRESZCZENIA.

Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej. Dr Szulisławski Adam. (Osobna odbitka z »Przeglądu Lekarskiego«. 1900. Nra 21, 22 i 24).

Zadanie, jakie sobie autor stawił, jest niewątpliwie wielkiej wagi nie tylko ze stanowiska czysto naukowego, ale wynik doświadczeń łączy się ściśle z praktyką, a ma i praktyczne znaczenie dla lecznictwa okulistycznego.

Gdy z jednej strony źródło cieczy przez prace Deutschmana, Nicatiego, Greeffa i innych należycie zostało odsłonięte, a także i drogi odpływowe przez innych poważnych pracowników, jak Schwalbe, Leber, Staderini i t. d., zostały ściśle oznaczone, to jednak z drugiej strony pozostało szerokie jeszcze pole odkryć odłogiem. Nieznaną była ilość płynu wydzielanego, nieznane i rozmaite okoliczności, jakie na zmniejszenie lub podwyższenie tej ilości wpływają.

Do badania tego terenu zabrał się autor skrzętnie przy pomocy znanego już z wielu prac cennych fizyologa lwowskiego prof. Becka i w tegoż pracowni, a zarazem starał się odpowiedzieć na nierozstrzygnięte jeszcze pytanie, czy ciecz wodna jest wytworem rodzaju gruczołu, za jaki chciano uważać ciało rzęskowe[1]), czy też rodzajem lymfy?

Dla rozstrzygnięcia pytania co do istoty cieczy, oparł się Sz. na wynikach doświadczeń Heidenheina o wytwarzaniu się lymfy, a mianowicie pod wpływem t. zw. lymphagoga, t. j. ciał, które bez podniesienia ciśnienia w naczyniach krwionośnych sprowadzają nieraz bardzo silne zwiększenie ilości lymfy. Jedne z tych ciał zwiększają ją przez przesączanie przyspieszone surowicy z krwi (wyciągi z mięśni raków, z pijawek, muszli rzecznych, wątroby i jelit, pepton i białko kurze), inne przez odciągnięcie wody pierwocinom tkankowym, jak cukier gronowy, mocznik, sole w większej ilości do krwi wstrzyknięte. Jeżeli ciecz wodna jest lymfą, badanie zmiany ilości wydzielonej pod wpływem zmienionych warunków fizyologicznych przez owe ciała powinno dać wyniki dodatnie. Zadanie to przeprowadził autor bardzo starannie za pomocą zręcznie obmyślonej metody doświadczalnej, którą tutaj dla braku miejsca i niezrozumiałości tejże bez podania szczegółowego rysunku, pominąć musimy. Natomiast pozwolimy sobie streścić po krotce wyniki tych badań.

1. I tak przekonał się autor, że nagłe mechaniczne obniżenie

---

[1]) Boucheron, Nicati, Greeff.

ciśnienia śródocznego sprowadza bezwzględne podwyższenie wydzielania cieczy, natomiast podwyższenie ciśnienia śródocznego przy niezmienionem ciśnieniu krwi sprowadzało zwolnienie, a w końcu zatamowanie wydzielania cieczy wodnej.

Ucisk śródoczny podnieść można także przez drażnienie nerwu współczulnego, co, według Hippla i Gruenhagena, ma być zależnem od zadrażnienia mięśni gładkich oczodołu, a zatem przez wywarcie ucisku na gałkę. I tu doświadczenie wykazało, że drażnienie powoduje przyspieszenie wydzieliny po stronie drażnionej, a przy silniejszem także po stronie przeciwnej. Po ustaniu drażnienia natychmiast wydzielina ustawała, z czego możnaby wnosić, że nie chodziło przy tem podrażnieniu o wzmożenie wydzielania, ale o mechaniczne wypychanie zawartości przedniej komórki, toby zaś odpowiadało założeniu Hippla i Gruenhagena. Występujący przy podrażnieniu współczulnego nerwu skurcz mięśni gładkich oczodołu sprowadza nadto bierne zwężenie naczyń o wiotszych ścianach, a zatem żył odpływowych, co znowu sprowadza, wskutek utrudnionego odpływu, podwyższenie ucisku śródocznego. W takich to warunkach można sobie wystawić korzystne niekiedy działanie resekcyi nerwu współczulnego szyi przy jaskrze.

2. Wpływ atropiny i pilokarpiny na wydzielanie doświadczalne w ten sposób autor określił, iż atropina opóźnia, pilokarpina względnie ezeryna przyspiesza wydzielanie cieczy wodnej. Gdy pod wpływem zastrzyknięcia w żyły 10 gr. cukru gronowego występuje znaczne przyspieszenie wydzielania, wzmożone jeszcze przez zastrzyknięcie $2^1/_2$ mgr. pilokarpiny, ustępuje takowe po wprowadzeniu podskórnem 5 mgr. atropiny, a nawet występuje obniżenie napięcia śródocznego. (Uważał takowe już Weber dla tylnego odcinka, Pflueger dla całej gałki jako wpływ atropiny, co obecnie przez doświadczenie subtelne dowodnie zostało stwierdzone). (Ref.).

Autor nie bez słuszności wnosi, że obniżenie napięcia i zatamowanie wydzielania jest skutkiem zwężenia naczyń śródgałkowych, które atropina powoduje.

3. W dwóch przypadkach irydektomii stwierdzono po stronie operowanej słabsze wydzielanie cieczy tak w warunkach prawidłowych jakoteż w razie drażnienia nozdrzy za pomocą zgłębnika lub przez rozpylanie eteru i t. d., co na drodze odruchowej powoduje podwyższone ciśnienie w naczyniach śródgałkowych. Co jednak do osłabienia wydzielania bezpośrednio się przyczynia, nie zostało stwierdzone. Nam się zdaje, że już wyeliminowanie pewnej części tęczówki, która przy wydzielaniu bierze także udział obok innych mniej znanych czynników, jak przecięcie nerwów, wytworzenie się blizny filtracyjnej, może tego być powodem.

4. Różnica ciśnienia krwi i ciśnienia śródocznego stanowi również pobudkę do wydzielania cieczy. Im większa różnica, tem silniejsza wydzielina. Ciśnienie krwi może być podwyższone przez drażnienie nerwów, n. p. dośrodkowego końca nerwu kulszowego, albo też przez wprowadzenie odpowiednich ciał do krwi. Wstrzymanie sztucznego oddechania u zwierząt kuraryzowanych znaczne powoduje przyspieszenie wydzielania jako wyraz podwyższonego ciśnienia krwi. Co do przetworów, wprowadzonych do krwi, to przedewszystkiem wyciąg nadnercza 5 gr. 1% rozczyn powoduje z wystąpieniem znacznego ciśnienia krwi bardzo znaczne przyspieszenie wydzielania cieczy wodnej.

Te same własności posiada nikotyna, która nie tylko miejscowo do worka spojówkowego wpuszczona miejscowe ciśnienie w naczyniach śródgałkowych, ale więcej jeszcze, gdy wstrzyknięta do krwi, ciśnienie ogólne krwi podnosi. Równocześnie z wystąpieniem ciśnienia wyższego i przyspieszonego wydzielania rozszerza się źrenica, a rozszerzenie trwa aż do wyrównania tych warunków, doświadczalnie stworzonych.

W warunkach fizyologicznych ciśnienie krwi nieraz się wzmaga. Z niem następuje więc wzmożona wydzielina, ale takowa powoduje znowu wzmożone ciśnienie śródoczne, które z swej strony ogranicza wydzielanie i przyspiesza wydalanie cieczy. Ta samopomoc naszego małego przyrządu trwa dopóty, dopóki nie wystąpi jakie zaburzenie w tym mechanizmie, a mianowicie dopóki drogi odpływowe pozostają sprawne.

5. Ciekawym okazał się wpływ środków, przyspieszających obieg limfy, czyli, jak je autor nazywa, »limfopędnych«. Wyciąg jelita psa obniżył ciśnienie krwi i przyspieszył wydzielanie w pierwszych dawkach, dopóki ciśnienie krwi nie opadło zbyt silnie. Ze znacznym bowiem upadkiem ciśnienia występowało zatamowanie wydzielania.

Wstrzyknięcie cukru gronowego spowodowało znaczne przyspieszenie wydzielania cieczy.

Wprowadzenie rozczynu soli kuchennej podnosi ciśnienie krwi, a równocześnie przyspiesza wydzielanie cieczy.

Wstrzyknięcie 40 gr. 12% rozczynu mocznika spowodowało obok obniżenia ciśnienia krwi wyraźne przyspieszenie wydzielania, coby przemawiało za pewnem swoistem działaniem mocznika na wydzielanie, niezależnie od ciśnienia krwi.

Także i podniety termiczne mają wpływ niepomierny na wydzielanie cieczy. Strumień ciepłej wody, o 45—50°, na rogówkę puszczony, sprowadza obniżenie wydzielania cieczy, gdy takiż zimnej wody, przeciwnie, je przyspiesza.

Wobec tego łatwo też zrozumieć dodatni wpływ takiego obniżenia wydzielania przez ciepło, a także, jak z powyższego wynika, przez atropinę w przebiegu zapaleń tęczówki, ciała rzęskowego, a dodajmy nadto i przy zapaleniach rogówki. Obniżenie bowiem tego wydzielania przyczynia się także do obniżenia napięcia śródgałkowego, a tem samem do osłabienia ucisku na błony cierpieniem dotknięte.

Ponieważ środki »limfopędne« działają równorzędnie i na ciecz wodną i na limfę, a nie wywierają tego wpływu w równym stopniu na gruczoły, jak tego dowiodły doświadczenia, wykonane w pracowni prof. Becka, ponieważ dalej pomiędzy limfą a cieczą wodną w składzie chemicznym nie zachodzą różnice jakościowe, tylko ilościowe, a różnice te ilościowe wyrównują się, skoro wydzielanie cieczy wodnej odbywa się w podobnych warunkach, co wydzielanie limfy, t. j. skoro zmniejszymy znacznie lub zniesiemy ciśnienie wśródoczne, przeto nietrudno dopatrzyć się analogii obu cieczy, różniących się od wydzieliny gruczołowej. W ostatniej znajdujemy niektóre istoty we większej ilości, aniżeli we krwi, lub takie nawet, których krew nie posiada, a które mogą być tylko przeróbką gruczołu samego.

Tabelaryczne zestawienie przebiegu doświadczeń, bardzo sumiennych i subtelnych, daje z jednej strony możność postępowania za wywodami autora, z drugiej zaś strony świadczy bardzo korzystnie o metodzie, przeprowadzonej w lwowskim zakładzie fizyologicznym.

W.

Drogi, któremi ciecz wodna opuszcza oko. (Des voies d'élimination des liquides intra-oculaires hors de la chambre antérieure et au fond de l'oeil). Nuel et Benoît. (»Archiv. d'Ophthalm.« Kwiecień, 1900).

Do doświadczeń użyto: psów, królików, kotów, kur i żywych ludzkich oczu, które musiały być enukleowane. Autorowie zastrzykiwali kroplę mięszanki tuszu chińskiego w okolicę bieguna tylnego soczewki i po 2—5 godzinach wyjmowali oczy, stwardniali je i badali drobnowidem, gdzie się ziarnka tuszu znajdowały, przyczem odbarwiali barwik oka wodą chlorową, by otrzymać dokładne preparaty. Ponieważ oczy kotów, psów i królików różnią się co do budowy przedniego odcinka gałki znacznie od siebie i od oczu ludzkich, przeto i wyniki badań, zależnie od zwierzęcia, na którem doświadczenia robiono, dają różne wyniki. Praca niniejsza jest bardzo obszerna, zawiera bowiem anatomię porównawczą topografii kąta rogówko-tęczówkowego u kota, psa, kury i królika i ilustrowana jest licznymi rysunkami. Wyniki badań, w szczegółach bardzo ciekawe, dadzą się zebrać w następujące grupy:

Największa część cieczy wodnej opuszcza gałkę przez przedni odcinek oka. Jedynie u królika część dość znaczna odpływa przez nerw wzrokowy wzdłuż naczyń środkowych. U człowieka, psa, kota i kury ta droga wcale nie istnieje. Najmniejsza część zdaje się podążać wzdłuż dużych pni naczyń siatkówki. U człowieka opuszcza ciecz wodna przednią komórkę przez kanał Schlemma, oraz przez żyły ciała rzęskowego, — również powierzchnia przednia tęczówki, zwłaszcza u jej nasady, bierze w tej eliminacyi żywy udział. Wszędzie płyn dostaje się wreszcie do naczyń przez sączenie przez tkanki, a nie przez już istniejące pierwej otwory; tak samo wchodzi ciecz do kanału Schlemma, który jest zatoką żylną. U psa tęczówka i kanał Schlemma odgrywają tę samą rolę, co i u człowieka; u kota tęczówka mniejszy w wessaniu bierze udział. Zato tutaj, u kota, naczynia ciała rzęskowego są silnie rozwinięte i one też więcej wsysają, niż u psa. U królika rola ciała rzęskowego i tęczówki jest mała bardzo, a główna droga odprowadzająca dąży do tylnego bieguna gałki.

Ponieważ autorowie mieli do dyspozycyi oczy jaskrowe, które w kilka godzin po zastrzyknięciu mogli wyjąć, przeto mogli się przekonać, że drogi, któremi się ciecz wodna z przedniej komórki wydziela, są niedrożne, a jeżeli przez tęczówkę i ciało rzęskowe wessanie się odbywa, to jest nader zwolnione.

Porównania własnych doświadczeń z poprzedniemi innych autorów ilustrują pracę tę bardzo dobrze i robią ją nader zajmującą i jasną. Ponieważ i szczegóły drobne tej pracy są bardzo ciekawe, przeto w danym razie należy się odnieść do oryginału.

Dr Brudzewski.

Bujanie tkanki łącznej po krwotoku, czy też pozostałość po art. hyaloidea? (Prolifération connective post-hémorrhagique ou reliquats hyaloidiens. Colobome central.). Van Duyse. — (»Archiv. d'Opht«. Kwiecień, 1900).

Autor podaje kazuistyczny przyczynek do wady rozwojowej gałki wraz z utworzeniem tkanki łącznej na tarczy n. wzrokowego, sterczącej ku jamie gałki obok nieprawidłowego wyjścia naczyń.

Rozwodząc się szerzej nad przypadkiem, dochodzi autor do wniosku, że opisane (i wyrysowane) przez niego zmiany na dnie oka są pochodzenia embryonalnego, a nie następstwem krwotoków, jakby to po obrazie klinicznym w pierwszej chwili przypuszczać można.

(In extenso była ta praca ogłoszoną w »Annal. de la soc. de med. de Gand.« Grudzień. 1899). *Dr Brudzewski.*

Badania nad rozwojem dróg łzowych u człowieka i u zwierząt. (Recherches sur le développement des voies lacrymales chez l'homme et chez les animaux). Stanculéanu. (»Archiv. d'Ophthalmol.« Marzec. 1900).

St. podaje opis przewodu noso-łzowego u zarodków tak ludzkich jak i zwierzęcych (owca, kura, królik), ilustrowany licznymi rysunkami przekrojów drobnowidowych licznych embryonów, które miał do dyspozycyi z licznych zakładów położniczych Paryża, przyczem jako główny punkt stawia twierdzenie, że przewód noso-łzowy powstaje z bruzdki noso-łzowej, która się zamyka, później wypełnia komórkami, te giną i powstaje przewód, który się później otwiera do jamy nosa — miejsce otworu zaznacza zawsze widoczna zastawka »Valvula Cruveilhieri«

(Szczegóły pracy należy poznać z oryginału).

Dr Brudzewski.

Stożek rogówkowy, wywołany uderzeniem iskry elektrycznej (Ueber die Ursache des Blitzkeratoconus). Dr Rudolf Plaut. (»Klin. Monatsblaetter«. 1900. V).

W kwietniowym zeszycie »Postępu Okulistycznego« (Rocznik II, str. 142) streściłem pracę Dra Rudolfa Plauta o zgrubieniu rogówki przy keratoconus. Obecnie ogłasza tenże sam autor nowy szereg doświadczeń, w których mu się udało za pomocą silnych wyładowań elektrycznych wytworzyć również stożkowate zgrubienie rogówki u królika. O zjawisku tem wspominał już w roku 1888 prof. Hess na siódmym międzynarodowym zjeździe okulistów w Heidelbergu, podając wyniki swoich doświadczeń nad zaćmą, wytworzoną uderzeniem iskry elektrycznej. Dr Plaut wykonał cztery doświadczenia w ten sposób, że oko królika wystawiał na działanie silnych iskier, których dostarczała potężna cewka indukcyjna. Uderzenie iskry starał się zawsze kierować w środek rogówki. Oprócz ogólnych objawów mózgowych, jak kurcze, śpiączka, *mouvement de manège* i t. p., występowały w następstwie tych wyładowań elektrycznych znaczne zaburzenia w oku i tak: zaćmienie środków łamiących, zwężenie źrenicy, obrzęk tęczówki, włóknikowa wypocina w przedniej komorze, silne obrzmienie spojówki *(chemosis).* Autora jednak zajmowały głównie zmiany na rogówce. Zmiany te były trwałe, podczas gdy zaburzenia wyżej wymienione po krótszym lub dłuższym czasie bez śladu znikały. Rogówka zaćmiewała się z reguły, a powierzchnia jej traciła połysk i gładkość. Fluoresceyna wnikała w miejscach zajętych w głąb miąższu rogówki i dawała wyraźne zabarwienie zielone. Po kilku godzinach rogówka okazywała w miejscu iskrą dotkniętem wyraźne dość znaczne wypuklenie stożkowate, co zarówno w bocznem oświetleniu, jakoteż

za pomocą keratoskopu można było stwierdzić. Zajmowało ono zazwyczaj nie sam środek, lecz obwodową część rogówki. Po kilkunastu godzinach autor wyjmował oko, stwardniał je, przecinał, a wreszcie robił skrawki z rogówki dla badania drobnowidowego. W ten sposób mógł się przekonać, że to stożkowate wypuklenie zależało od zgrubienia rogówki przy niezmienionej krzywiźnie tylnej jej powierzchni. Badanie mikroskopowe rogówki wykazało, podobnie jak w przypadkach, ogłoszonych w poprzedniej pracy, uszkodzenie warstwy śródbłonkowej w miejscu uderzenia iskry, podczas gdy sama błona Descemeta okazała się we wszystkich przypadkach nienaruszoną. *Dr K. W. Majewski.*

O sympatycznem oddziaływaniu źrenicy i o paradoksalnem oddziaływaniu świetlnem źrenicy przy postępowem porażeniu. Dr Hirschl. (»Wiener Klin. Wochenschrift«. 1899. Nr 22).

Autor przeprowadził badania swe na tabetykach i paralitykach psychiatrycznej kliniki Krafft-Ebbinga, i to w przeciągu dwóch lat. Pokazało się przytem, że sympatyczny refleks, t. j. rozszerzenie źrenicy, wskutek drażnienia nerwu sympatycznego przez kłucie lub prąd przerywany prawie bez wyjątku nie da się wykazać tam, gdzie występuje objaw Argyll-Robertsona.

Sympatyczny refleks często nie towarzyszy postępującemu porażeniu przy leniwej reakcyi źrenicy na światło, często jednakże przy zupełnie zachowanej reakcyi. Spostrzeżenie kilku przypadków wykazało, że utrata sympatycznej reakcyi źrenicy prawie zawsze poprzedza utratę reakcyi światła.

Na podstawie 10 przypadków histologicznego badania pojedyńczych części systemu nerwowego, dochodzi autor do następujących wniosków:

1. Z objawem Argyll-Robertsona połączony jest bez wyjątku brak sympatycznego oddziaływania źrenicy.

2. Równolegle z tem napotykamy zanikowe zmiany w pasmie przykręgowem n. sympatycznego w części szyjowej, takież zmiany w zwojach sympatycznego n. szyi, a pojedyńczo także zanik bocznych grup komórek w przednim rogu (*Vorderhorn)* mlecza w okolicy najniższego kręgu karkowego, a najwyższego grzbietowego.

3. Tak zwana paradoksalna reakcya źrenicy na światło występuje: a) przy objawie Arg.-Robertsona, gdy sympatyczne oddziaływanie źrenicy zupełnie utrzymane; b) przy A.-R. i sympatycznej nieruchomości źrenic wtenczas, gdy w związku z niedowładem mięśni wewnętrznych przy oświetleniu odwodzenie gałki powstaje.

Oba rodzaje tego dziwacznego oddziaływania źrenicy nie mają właściwie w sobie nic zagadkowego. W pierwszym bowiem razie ciepło źródła świetlanego wywołuje oddziaływanie sympatyczne, — w drugim zaś przypadku powstaje odwodzenie gałki, a równocześnie stosowne rozszerzenie źrenicy. *W.*

O tak zwanym objawie Bella przy środkowem porażeniu nerwu twarzowego. Dr Margulies. (»Wiener Medicin. Wochenschrift«. Nr 5. 1900).

Podczas kiedy ze strony kilku francuskich, a także włoskich autorów objawowi Bella przypisywano pewne znaczenie rozpoznawcze i rokujące przy obwodowych porażeniach n. twarzowego, wykazuje autor na podstawie trzech przypadków środkowego porażenia tego nerwu, że i w tych razach objaw Bella znika, występuje zaś dopiero z chwilą ustępowania porażenia.

Przy tej sposobności zaznacza autor zapatrywania swego szefa prof. Picka, a mianowicie: wbrew rozpowszechnionym zapatrywaniom można przy świeżych mózgowych porażeniach połowicznych wykazać współudział gałęzi czołowo-orbikularnej nerwu twarzowego; tak samo można w starych przypadkach stwierdzić ów współudział tej gałęzi, lubo nie w tym stopniu, jak obu dolnych gałęzi. Brak współudziału gałęzi górnej przy porażeniu środkowem przez długi czas uchodził za dogmat. W rzeczywistości często przy typowych hemiplegiach wewnętrznej puszki rzeczywisty zachodzi brak porażenia tej gałęzi, albo uchodzi naszej uwadze. — Z tego to powodu położenie gałki przy zamierzonem zamykaniu oka przy porażeniach środkowych nerwu twarzowego w przeciwstawieniu do porażeń obwodowych i u zdrowych nie bywało spostrzegane, albo dostatecznie oceniane. *W.*

Pierwotny wrzód kiłowy na spojówce gałki. (Le chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire). Sourdille. — (»Archiv. d'Ophthalmologie«. Marzec. 1900).

Cierpienie to jest rzadkiem bardzo zjawiskiem i autor zaledwie znalazł 12 przypadków w literaturze. Zdarza się równie często u kobiet, jak i u mężczyzn. Przyczyną były: jużto pryśnięcie płynu do oka przy przemywaniu pochwy, pocałunki w oczy i t. p., albo nie można drogi zakażenia wcale wykazać.

Objawy: z początku objawy nieżytu z wydzieliną dość obfitą, później zjawia się małe owrzodzenie spojówki, o brzegach nieprawidłowych, jużto jedno, jużto ich kilka. Spojówka tamże zaczyna grubieć i nabiera barwy różowo-żółtawej; ognisko to jest twarde, prawie chrząstkowate; dookoła spojówka jest obrzmiała i silnie na-

strzykana; wydzielina skąpa; bólów ani światłowstrętu nie zauważono. W 7 lub 8 dniu zauważono obrzęk gruczołu limfatycznego przedusznego, a nawet pod szczęką tejże strony; obrzęk ten jest typowy: gruczoły duże, twarde, niebolesne, ruchome. Po 15—20 dniach owrzodzenie zabliźnia się, ale podstawa, na której było, twardnieje jeszcze więcej, tak, że staje się prawdziwym guzem wielkości orzecha małego. Spojówka ciągle różowa, obrzmiała i zgrubiała. Nie jest to jednak chemosis surowicza, ale naciek, sięgający do tkanki przytwardówkowej tak, że na gałce przesunąć się nie da. Teraz może się zjawić i bolesność, nawet rogówka może się, odpowiednio do siedliska nacieku, nieco zaćmić, wydzieliny jednak nie ma — to trwa jeszcze 15—20 dni. Poczem zaczyna się wessanie, tak, że w 40—50 dni od zaczęcia się sprawy wszystko do prawidłowego powraca stanu. Pozostaje jednak zawsze blizna żółtawa. Z opisu tego nie można nie poznać cierpienia, jeśli się tylko o niem pomyśli w danym razie. Z szankrem miękkim trudno to cierpienie pomięszać, bo w przypadkach szankra miękkiego znachodzi się: bolesność znaczna od razu — wydzielina śluzoworopna bardzo obfita — gruczoły niepowiększone, albo też prawdziwe bubony, brzegi wrzodu ostro cięte, brak stwardnienia dna — i wreszcie bakteryologicznie stwierdzić można prątek D u c r e y-U n n y. Jeszcze mogłaby być omyłka ze względu na papulę syfilityczną, ale że nie ma zrostów z gałką, brak obrzęku gruczołów, nie ma nacieków spojówki, obecność więc zmian innych na skórze uchroni od omyłki. Kilak spojówki różniłby się znowu rozpadem, drążącym w głąb i szerzącym się, dalej anamneza wskazałaby obecność starego zakażenia. Szankier twardy pierwotny spojówki goi się prawie sam przez się i nie pozostawia groźnych następstw w oku. Co zaś do ciężkości przebiegu późniejszych zmian ogólnych, to autor odsyła do dzieł specyalnych. Ponieważ wycięto w spostrzeganym przez S. przypadku mały kawałeczek guzka, miał autor i materyał mikroskopowy, który dał te wyniki, jakie V i r c h o w i C o r n i l uważają za znamienne dla szankra twardego. —

Leczenie miejscowe jest nader proste. Unikać środków drażniących, jak argentum i t. p., a tylko stosować słabe roczyny przeciwgnilne jako płukanie spojówki i maść jodoformową lub kokainową, leczenie zaś ogólne swoiste powinno być — podług autora — zastosowane z tą chwilą, gdy rozpoznano syfilityczny charakter cierpienia. Następuje szczegółowy opis przypadku spostrzeganego, oraz 12 dawniejszych innych autorów. *Dr Brudzewski.*

Przybłonkowe nowotwory rogówki. (Tumeurs épitheliales de la cornée). Kalt. (»Archiv. d'Ophthalm.« Marzec, 1900).

K. nawiązuje do opisu histologicznego guza rogówki ocenę ogłoszonych dotychczas nowotworów rogówkowych i, poddając opisy te krytyce, dochodzi do zdania, że z opisanych nowotworów, jako epithelioma, zaledwo dwa zasługują na to miano; przeważna część ich należy do euthelioмów (papilloma i hypertrophia simplex), do których i jego przypadek zaliczyć należy. (Cała ta rozprawa, przeważnie treści histologicznej, nie nadaje się do szerszego referatu).

Dr Brudzewski.

O związku między skrofulozą a jaglicą. Dr S. Baeck w Gliwicach. (»Muenchener Med. Wochenschrift«. Nr 8. 1900).

Wobec tego, że bardzo często przy znanych objawach skrofulicznych ócz występuje ziarninowe zgrubienie spojówki na oku zajętem i że zajęcie to równocześnie ze zapaleniem skrofulicznem znika, wnioskuje autor, że jaglica polega na skrofulicznem usposobieniu.

Wytworzenie ziarn, czyli mieszków, na spojówce nie stanowi absolutnie nic typowego dla jaglicy.[1])

Najrozmaitsze zakażenia bakteryjne mogą spowodować obraz jaglicowy, jak gonokoccus, diplokoccus pneumoniae i t. d.

Ponieważ skrofuloza i jaglica często razem zachodzą, ponieważ klinicznie bardzo do siebie są podobne, przeto autor wnioskuje, że jaglica właśnie osoby skrofuliczne przeważnie nawiedza.

Jak Axenfeld doszedł do przeświadczenia, że nie jeden rodzaj bakteryi wywołuje zapalenia skrofuliczne ócz, tak autor dochodzi do przekonania, że i trachoma u osobników do tego usposobionych przez najrozmaitsze drobnoustroje bywa wywoływanem. Dlategoto właśnie dotychczas nie udało się właściwego znaleść drobnoustroju.

Trachoma jest tylko warunkowo zaraźliwem, t. j. jeżeli napotka na osobnik odpowiednio usposobiony. Cazalio, Truc: terrain predisposé.

Stąd wniosek terapeutyczny, że ani lekowe, ani operacyjne leczenie cierpienia nie usunie, jak go nie usunie izolowanie; do skutecznego zwalczania jaglicy potrzeba naprawy stosunków socyalnych. *W.*

---

[1]) Oczywiście, że nie. *Ref.*

O przebiegu włókien wzrokowych i miejscu ich zakończenia w podkorowych ośrodkach ludzkiego mózgu. (O chodie zritielnych wołokon i miestie ich okonczanja w podkorkowych centrach czełowieczeskaho mozga.—Odbitka z »Medicin. Pribawlenje k morskomu Zborniku«. Maj. 1899. Str. 32, z 9 ryc.).— Aleks. Poniatowski.

Autor, Rosyanin, ordynator Mikołajewskiego morskiego szpitala (gub. chersońska), znany jest w piśmiennictwie lekarskiem z rozprawy inauguralnej: »O mózgowych ośrodkach węchowych nerwów« (1895). W mało dostępnym miesięczniku ogłosił niedawno dość ciekawe własne poszukiwania drobnowidowe nad zawiłą i zawsze dotąd sporną sprawą skrzyżowania się nerwów wzrokowych i dośrodkowego zakończenia ich włókien. Pochop do tej pracy dał przypadek mięsaka prawej górnej szczęki u 16letniego dziewczęcia, a także prawego oczodołu (exophthalmus, amaurosis), skąd nowotwór przez fissura orb. sup. dostał się do czaszki; chora zmarła wskutek rozmiękczenia prawej skroniowej części mózgu, dług. 8 i szer. 2 centm., niedochodzącego do wzrokowego pagórka blizko 1 centm. Mózg włożono na 4 doby do mieszanki formaliny i płynu Millera, w t. zw. Formol-Miller, zmniejszającej łamliwość mózgowej masy; po stwardnieniu pokrajano go w poprzecznym kierunku na części grubości 4 mm., które pogrążono w płynie Marchi, zawierającej kwas osmowy; następnie preparaty przemywano w wodzie, wysuszano w wyskoku i utrwalano celluidyną.

Autor przytacza poglądy rozmaitych badaczy w sprawie krzyżowania się włókien nerwów wzrokowych (badania Biesiadeckiego są mu nieznane), umiejscowienia ich w trakcie wzrokowym i wreszcie o miejscu, gdzie się one kończą w istocie podkorowej w mózgu. Dziś prawie wszyscy są zdania, że włókna wzrokowe niecałkowicie się krzyżują. Pod tym względem zasługuje na uwagę doskonała praca szwedzkiego uczonego Henschena (1890—92), a także rosyjskiego lekarza Pribytkowa (1895): w chiasma krzyżujące się włókna leżą w oddziele dolnowewnętrznym, proste zaś, które leżały w zewnętrznej stronie nerwów wzrokowych, w chiasma układają się w oddziele górno-środkowym; takie ułożenie włókien znajdujemy i w tractus opticus, tuż poza chiasmą. Co do wzrokowych ośrodków, to rozmaite miejsca były wskazywane jako takie: corp. geniculatum ext., corp. quadrigemina ant., pulvinar, a także ganglion opticum basale, lamina perforata ant., lamina cinerea, crus cerebelli, ganglion habenulae, jądra nerwów okoruchowych i t. d. Najwięcej jednak danych mają trzy pierwsze miejsca mózgu, a szczególnie pierwsze; Henschen przyjmuje dwa pierwsze za ośrodek wzrokowy.

Badając obustronne preparaty z mózgu wzmiankowanej dzie-

wczyny, a mianowicie poprzeczne przekroje nerwów wzrokowych, ich krzyżowanie się (chiasma), tractus opticus, thalamus opticus, corp. quadrigemina i t. d., które Dr P. przedstawił w rycinach, autor robi następujące z nich wnioski:

1. Przypadek ten stwierdził niecałkowite skrzyżowanie się nerwów wzrokowych. Gdy lewy nerw wzrokowy okazał się prawidłowym, prawy (z tej strony mięsak i rozmiękczenie mózgu) wskutek rozpadu myeliny — włókna zabarwiały się prawie na czarno — przedstawiał typowe zwyrodnienie, które było dość widoczne w odpowiednich miejscach ułożenia się jego włókien w chiasma i w lewym trakcie wzrokowym.

2. Dzięki temu skrzyżowaniu zwyrodniałe włókna prawego nerwu znaleziono w tractus opticus nie tylko z prawej, lecz i z lewej strony poza chiasma. Prawidłowe włókna znajdowały się też w obu traktach. Trakty zwyrodniałe były obustronnie, lecz mniej po prawej, aniżeli po lewej stronie na $^4/_5$; w lewym trakcie najwięcej zdegenerowanych włókien okazało się w dolnej części (gdzie głównie schodzą się włókna prawego nerwu wzrokowego), w prawym — w górnej. Kellerman twierdzi, że na 1 część prostych włókien wypada tu 2 części krzyżujących się; Wieting przypuszcza 4 części prostych na 5 części skrzyżowanych, kol. P. mniema też, że liczba włókien prostych do skrzyżowanych ma się tak, jak 4:5.

3. Co się tyczy ośrodków wzrokowych, to degeneratywne zmiany włókien nerwowych mózgu w przypadku kol. P. nie dają mu prawa do wypowiedzenia stanowczych wniosków. Pytanie pozostawia otwartem. W każdym razie stwierdził autor prawidłową budowę corporis geniculati medialis, pedunculorum cerebri i wszystkich składowych części pulvinar, z wyjątkiem jąder nerwów okoruchowych i powierzchownej warstwy przednich wyniosłości ciał czworaczych. Zdaniem jego główna część włókien wzrokowych zakończa się w corp. genicul. ext.; wtórnymi ośrodkami wzrokowymi prawdopodobnie są: przednie wyniosłości corp. quadrigemini (w tylnych już nie ma włókien), główna część wzrokowych włókien wchodzi do nich drogą brachii corp. quadr. anter. (Gudden, Bechtierow). Pulvinar thalami optici, zdaniem P., nie powinien być zaliczanym do ośrodków wzrokowych.

Kol. P. stwierdził przytem, że ani jedno włókno traktu wzrokowego nie przechodziło do sąsiednich części mózgu, a więc jest całkowicie odosobnionem; dalej, że bezpośredniej łączności między siatkówką i jądrami nerwów okoruchowych nie wykryto żadnej, takich więc odruchowych źrenicznych włókien nie ma wcale; trzeba więc przypuścić istnienie pośredniej odruchowej drogi, która bierze

swój początek od przedniej wyniosłości corp. quadrigemini, kierując się ku jądrom nerwów okoruchowych w głębokich częściach ciała czworaczego. *Dr J. T.*

Torbiel krwotoczna ciała rzęskowego; samoistne wyleczenie. (Haemorrhagische Cyste des Corpus Ciliare mit Ausgang in spontane Heilung.— Inaugur. rozprawa. Monachium. 1899). — Fr. Meyer.

Autor wziął za przedmiot rozprawy, obejmującej 22 stronice i objaśnionej 3 rycinami, przypadek, jaki spostrzegał u 14letniego chłopca. Wskutek urazu przed 8 laty została zranioną od strony nosa twardówka z wypadnięciem tęczówki. Przy badaniu źrenicy za pomocą Westien-Zehender'owskiej lupy — odpowiednio stronie byłej rany gałkowej — wykryto ciemno-brunatny guz, zwrócony wypukłą częścią ku środkowi źrenicy i wychodzący z corpus ciliare. Przytem lekkie zwichnięcie soczewki; dno oka prawidłowe. W. = $^6/_{24}$, — 3 D sph. = $^6/_{18}$. Było to w r. 1895. W r. 1899 stwierdzono, że z guzkowatej wyniosłości w nosowej części ciała rzęskowego nie pozostało ani śladu, przyczem wzrok prawie się nie zmienił wskutek krótkowzroczności.

Zastanowiwszy się nad różniczkowem rozpoznaniem rzadkiego wytworu, przypominającego melanotyczny mięsak (dodałbym i opisane przeze mnie przed laty melanoma rzęsk. wyrostków), Dr M. jest zdania, że miał do czynienia z krwawą torbielą ciała rzęskowego, która sama pękła i takim sposobem samoistnie znikła z pola źrenicy.

Biorąc pochop z wytwarzania się surowiczych torbieli tęczówki wskutek urazu, Dr M. mniema, że i w danym przypadku w sąsiedztwie rany twardówkowej, dzięki urazowi, powstał w odpowiednim odcinku c. rzęskowego krwotok, z którego powoli wytworzyła się torbiel (Umwandlung d. Blutung in einen cystenartigen Hohlraum). Na dowód, że rozpoznanie było prawdziwe, przytacza on 2 przypadki wytwarzania się torbieli w ciele rzęskowem, które opisała Kerschbaumer w »Graefe's Archiv«, pochodzenia urazowego. Greef uważa torbiele c. rzęskowego jako wynik zaniku takowego wskutek długotrwałego zapalenia rzęskowo-tęczówkowego. Samoistne zniknięcie takiej torbieli zostaje w analogii z takowem wyleczeniem i torbieli tęczówki, jakie stwierdzili Kisch i Eversbusch, dzięki pęknięciu ścieńczonej ścianki torbielowej. *Dr J. T.*

Kilka słów o nowych zjawiskach źrenicznych. Dr J. Piltz z Lozanny. (»Medycyna«. 1900. Nr 12).

Na wstępie wylicza autor pokaźny szereg znanych już i wielokrotnie opisanych rodzajów odruchu źrenicznego. Następnie opi-

suje zjawisko nowe, które po raz pierwszy zauważył u pewnego chorego na porażenie postępowe. Spostrzegł on mianowicie, że, gdy na dany rozkaz chory ten zamknął oczy, ściskając silnie powieki, a następnie znowu je otworzył, źrenice okazały się silnie zwężone i po chwili dopiero zaczęły się stopniowo rozszerzać. Nadto u tegoż samego paralityka stwierdził drugi objaw, polegający na tem, że źrenica silnie się zwęża w chwili, gdy chory usiłuje zamknąć powieki, a ktoś drugi, rozchylając je palcami, przeszkadza mu w tem. Dr Piltz zaczął poszukiwać za tymi objawami u ludzi zdrowych i chorych i przekonał się, że pierwszy objaw zdarza się w różnych chorobach nerwowych, najczęściej jednak przy bezwładzie postępowym (*paralysis progressiva*, 57%); u ludzi zdrowych znachodzi się tylko wyjątkowo (2%). Drugi objaw też wspólny różnym chorobom nerwowym, ale również najczęstszy u paralityków (70%), przydarza się jednak nierzadko także i u zdrowych (41%). Dwa są możliwe sposoby wyjaśnienia tych zjawisk: zwężenie źrenicy przychodzi do skutku albo z powodu napływu krwi do tęczówki przy kurczowem ściskaniu mięśnia obrączkowego, albo przez równoczesne zadrażnienie wspólnego ośrodka okoruchowego dla zwieracza źrenicy. To ostatnie tłómaczenie wydaje się autorowi prawdopodobniejszem, gdyż widział on przy zamykaniu powiek jednego oka — zwężenie źrenicy na drugiem. Okoliczność ta przemawia przeciw naczynioruchowej przyczynie zjawiska. — W dalszym ciągu swej pracy omawia autor już dawniej znany, przez Budgego w r. 1855 po raz pierwszy opisany objaw, polegający na tem, że źrenice zwężają się pod wpływem samego tylko wyobrażenia światła, natomiast rozszerzają się w chwili, gdy badany w myśli wyobraża sobie ciemność. Autor przeprowadził cały szereg doświadczeń, które urządził w ten sposób, ażeby zupełnie usunąć przy spostrzeganiu i zapisywaniu zjawisk wszelki wpływ podmiotowych wrażeń i mimowolnej suggestyi. Za pomocą tak wykonywanych doświadczeń przekonał się, że pomiędzy ruchami źrenic a pracą duchowej wyobraźni panuje niewątpliwie wyżej wzmiankowany psychofizyologiczny związek.

Dr K. W. Majewski.

Znaczenie zapalenia tęczówki dla rokowania w przebiegu kiły. (Valeur pronostique de l'iritis dans la syphilis). Dr Trousseau. (»Annales d'Oculistique«. 1900. V.).

Pojawienie się przypadków ocznych w przebiegu kiły uchodzi wogóle za niedobry znak dla chorego i bywa uważane powszechnie za znamię kiły złośliwej. Zapatrywanie to wprowadzone przez Fourniera nie opiera się jednak na ścisłej statystyce, a tylko jest wynikiem ogólnego wrażenia, odniesionego z przeglądu licznych

spostrzeżeń wieloletniej praktyki syfilidologicznej. — Dr Trousseau zebrał w przeciągu lat siedmiu 40 dokładnych spostrzeżeń, w których śledził przebieg choroby przez lata całe i pilne robił zapiski Spostrzeżenia te odnosiły się tylko do kiłowego zapalenia tęczówki, którego prognostyczne znaczenie autor w powyższej pracy rozbiera Z wyjątkiem sześciu chorych, którym kiła, pomimo, że wywołała zajęcie tęczówki, nie dała się już później bardzo we znaki, we wszystkich pozostałych 34 przypadkach iritis była zwiastunką groźnych powikłań, najczęściej ze strony układu nerwowego. Ciężkie te zaburzenia występowały pomimo wczesnego i energicznego stosowania środków rtęciowych. Autor przytacza ciekawe historye chorych, które nie dadzą się jednak przedstawić w krótkiem streszczeniu. Na 40 spostrzeżeń w 6 przypadkach kiła nie okazała się złośliwą; w 9 była ciężką, ale nie dotknęła przynajmniej układu nerwowego; w 3 przyszło do porażenia postępowego; w 12 przypadkach wystąpił wiąd rdzenia; w 8 różne zaburzenia mózgowe; a dwaj chorzy zmarli wskutek ciężkich zmian trzeciorzędnych.

Dr K. W. Majewski.

Przypadek rzeżączki, powikłanej zapaleniem stawów, zaburzeniami nerwowemi i zapaleniem tęczówki. (Un cas de blennorrhagie compliquée de rhumatisme, de troubles nerveux et d'iridocyclite). Dr H. Kucharzewski z Warszawy. (Paryż, 1900).

Zaburzenia w odległych organach w przebiegu rzeżączki cewki moczowej nie należą do rzadkości. Znane jest zapalenie stawów, zapalenie śródsierdzia, zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego na tle rzeżączkowem. Dr Kucharzewski opisuje przypadek, w którym u 22letniego rzeźnika, dotkniętego podostrą rzeżączką cewki moczowej, przyszło do całego szeregu powikłań. Zaznaczyć należy, że chory ten nie okazywał żadnej ogólnej skazy, ani też obciążenia dziedzicznego. Objawy zapalenia stawów, mianowicie kolanowego i nadgarstkowego, wystąpiły w czasie, kiedy rzeżączka przechodziła z okresu podostrego w okres przewlekły. W kilka dni potem rozwinęło się obustronne zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego z łagodnym przebiegiem. Na lewem oku jednak, pomimo atropinowania, zapalenie pozostawiło tylne zrosty i upośledzenie wzroku ($^5/_{15}$) z powodu zaćmień w c. szklistem. Prócz kolana i stawu nadgarstkowego uległy w następstwie zapaleniu i inne także stawy, a nadto przyszło do zaburzeń w zakresie układu nerwowego, mogących, zdaniem autora, uchodzić za objawy lekkiej *polyneuritis gonorrhoica*. Przypadek ten uważa Dr Kucharzewski za ciekawy i wyjątkowy z powodu tylu i tak rozmaitych powikłań, towarzyszących rzeżączce cewki moczowej. Dodatkowo należy nadmienić, że badanie bakte-

ryologiczne wydzieliny cewki moczowej wykazało obecność dwoinek Neisserowskich. *Dr K. W. Majewski.*

Drożdże piwne jako środek przeciw jęczmionom. (Sur l'emploi de la levûre de bière contre les orgelets). Dr Albert Terson z Paryża. (La Clinique Ophtalmologique. Nr 3, 1900).

Przed kilku miesiącami zalecano drożdże piwne na zewnątrz przy pewnych skórnych chorobach, zwłaszcza przy anthrax i furunculosis, na tej zasadzie zastosował autor drożdże piwne w dużych dawkach przy niewielkich gradówkach powiek i przy jęczmieniach w celu leczniczym. Gradówki nie znikały nawet po długotrwałem używaniu drożdży. Inaczej sprawa poszła z jęczmieniami, które, powracając często, tyle — jak wiadomo — ze strony chorego wymagają cierpliwości. W 6 (na 10) przypadkach jęczmieni, już nazajutrz po spożyciu dużej dawki drożdży, obrzęk się zmniejszał, jęczmień niknął przy zupełnem niemal złagodzeniu bólu. W pozostałych przypadkach, choć nie nastąpiło przerwanie zapalnej sprawy, bóle — towarzyszące zazwyczaj tworzącemu się jęczmieniowi — zmniejszyły się w bardzo wysokim stopniu. Autor przypuszcza, że drożdże okażą się skutecznemi i przy innego rodzaju cierpieniach nie samych powiek tylko, lecz i oka, n. p. przy ciężkich wrzodach, w początkach panophthalmitidis i t. d. Jeśli nie ma pod ręką świeżych drożdży, można zalecić wysuszone, a następnie sproszkowane, podając proszek 3—6 razy dziennie, przed jedzeniem w ilości 1 gr. 50. *Włodz. T.*

Mięsienie wibracyjne w oftalmiatryi. Dr Korkaszwili (»Wiestnik Oftałmołogii«. Zeszyt I, r. 1900).

Wibracyjne mięsienie oka uskutecznia się piórem Edissona, w którem, zamiast »pióra«, obsadzić należy gałkę ze słoniowej kości. Przyrząd wprowadza się w ruch za pomocą 2—3 elementów Greneta, gałkę umieszcza się bezpośrednio na oku, które w wyjątkowych tylko razach należy kokainować. Chorzy przyzwyczajają się bardzo szybko do mięsienia, po którem doznają tylko bardzo krótko, bo przez 1 do 3 minut, nieprzyjemnego uczucia w oku. Autor w przeciągu $1^1/_2$ roku zastosował mięsienie na 40 oczach, i do następujących przychodzi wniosków: 1. mięsienie wibracyjne, stosowane nie dłużej nad 10 minut przy ostrych objawach ze strony rozmaitych części oka, nie powoduje zadrażnienia, raczej łagodzi je i uśmierza bóle; 2. mięsienie wylecza zupełnie zapalenie twardówki (episcleritis) w mniej więcej krótkim przeciągu czasu; 3. przy miąższowem zapaleniu rogówki mięsienie czasami przynosi wielką korzyść; 4. mięsienie zwiększa wessanie ropy z prze-

dniej komórki; mięsienie powiększa zmętnienie soczewki po dyscysyi i przyspiesza wessanie części korowych; na tej zasadzie przy dyscysyach przezroczystej soczewki, dokonywanych w wysokich stopniach myopii, powinno mieć mięsienie szerokie zastosowanie.

(Przy tej sposobności zaznaczę, iż Dr Sniegirioff napisał rozprawę, poświęconą omawianej sprawie, t. j. sprawie oddziaływania wibracyjnego mięsienia na przebieg rozmaitych chorób oka. Przyp. ref.). *Włodz. T.*

Dwa sposoby operacyjne, mające na celu ułatwienie włożenia oka sztucznego w przypadkach, gdzie to poprzednio było niemożliwem (Zwei Operationsmethoden zum Einlegen künstlicher Augen in Fällen, wo dies bisher unmöglich war). — Dr Fukala z Wiednia (»Wiener Medicinische Wochenschrift«. 1900. Nr 12).

Gdy chory utraci jedno oko, czy przez wyjęcie, wskazane grożącem niebezpieczeństwem zapalenia współczulnego, lub niedającymi się inaczej usunąć bólami, czy gdy ktoś już z jednem okiem na świat przyszedł i pragnie nosić oko sztuczne, to we wielu razach kieruje się przytem jedynie względem kosmetycznym. Ale zachodzą nieraz przypadki, gdzie noszenie sztucznego oka stanowi dla dotyczącego konieczny warunek bytu. Jednookie służące niechętnie bywają po domach widziane i nieraz trudno im przychodzi znaleść sobie służbę. Aktor, gdyby straconego oka nie mógł w danym razie zastąpić protezą, musiałby się wyrzec swego zawodu. Podobnych przykładów możnaby wiele przytoczyć. Zdarzają się jednak wypadki, gdzie, czy to wskutek nieoględnie wykonanej operacyi wyjęcia gałki, czy też z powodu zrostów, powstałych n. p. po oparzeniu, które spowodowało utratę oka, noszenie oka sztucznego połączone jest z trudnościami, lub staje się wprost niemożliwe. Fukala zwraca uwagę na okoliczność, że nieraz po kilku lub kilkunastoletniem noszeniu protezy zaczyna się dolny załamek stawać coraz płytszym tak, że oko sztuczne przy lada sposobności wypada, a wreszcie zupełnie w oczodole utrzymać się nie może. Aby ten przykry stan rzeczy usunąć, poleca autor dwa sposoby operacyjne. Pierwszy z nich polega na tem, że rozdziela się dolną powiekę cięciem międzykrawędziowem na dwa listki: skórnomięsny i chrząstkospojówkowy. Następnie ten ostatni zesuwa się o ile możności jak najniżej i przyszywa do warstwy skórnomięsnej w tem nowem położeniu. W ten sposób wytwarza się głęboki załamek dolny i noszenie oka sztucznego staje się natychmiast możliwem. — Na pomysł drugiego sposobu operacyjnego naprowadziło Dra Fukalę spostrzeżenie, że w niektórych przypadkach wadliwość dolnej powieki, przeszkadzająca w noszeniu protezy, polega na nagromadzeniu się wiotkiej

tkanki łącznej pomiędzy skórą a chrząstką, która górną tylko krawędzią do skóry przylega, a poniżej coraz bardziej od niej się oddala, tworząc z powierzchnią skóry kąt mniejszy lub większy, nieraz nawet prosty. Z tego powodu dolna krawędź protezy nie ma należytego oparcia i wciąż się z oczodołu wymyka. Druga operacya polega zatem na usunięciu owej wiotkiej tkanki z pomiędzy chrząstki i skóry i na przyszyciu dolnej krawędzi chrząstki ku przodowi tak, ażeby całą przednią powierzchnią do skóry przylegała. Przez to dolny załamek znacznie się pogłębia, a tem samem cel zamierzony zostaje osiągnięty. Autor przytacza cały szereg przypadków, w których operował z pomyślnym wynikiem bądźto jednym, bądźto drugim z wyżej opisanych sposobów. *Dr K. W. Majewski.*

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Obrady Towarzystwa oftalmologów zjednoczonego królestwa. (Proceedings of the Ophthalmological society of the United kingdom [1]). — Thursday, October 18, 1899).

Przewodniczy G. Anderson Critchett. Podziękowawszy za wybór, poświęca kilka słów swym poprzednikom, a zwłaszcza Drowi Wiliamowi Bowmanowi, któremu Towarzystwo swój początek zawdzięcza. Następnie kreśli rozwój operacyi wydobycia zaćmy, którą zapoczątkował — jak wiadomo — Daviel w 1745 roku. Z krótkiej przemowy, którą zakończył prezes wypowiedzeniem nadziei, iż w niedalekiej zapewne przyszłości ogół okulistów trzymać się będzie jednego sposobu przy wydobywaniu zaćmy, przytoczę małoznaczny szczegół, kiedy i przy jakich warunkach postanowiono stosować przy ekstrakcyach irydektomię. Kiedy wszechwładnie panowało wydalanie zaćmy przez cięcie płatowe, przy którem jednak bardzo często otrzymywano wypadanie tęczówki, a sam zabieg operacyjny często wikłał się ropieniem, pewien lekarz w Moorfields, mniej wprawny operator od innych, otrzymywał wyjątkowo dobre wyniki po ekstrakcyach zaćmy — jak się okazało — jedynie przez zwykle dokonywaną wypadkowo irydektomię. Fakt ten rozpoczął nową erę.

Mr. Lawford: o miąższowem zapaleniu rogówki w następstwie nabytej kiły.

---

[1]) Patrz zeszyt styczniowy z b. r. »The American Journal of Ophthalmology«.

Autor przytacza 5 przypadków (4 męż. i 1 kob.), w trzech stwierdzono przymiot, w dwóch sub dubio. W jednym przypadku kerat. parench. zjawiło się po upływie zaledwie $4^1/_2$ miesiąca od chwili zarażenia; ulcus indur. umiejscowionym był na lewej powiece oka, które następnie zachorowało na zapalenie miąższowe. W drugim przypadku upłynęło od chwili zjawienia się na penis ulcus indur. 11 miesięcy; w trzecim przerwa była o wiele dłuższą. Mr. Lawford zwraca uwagę na cechy, odróżniające zapalenie miąższowe rogówki, powstałe na tle nabytego przymiotu, od powstałych wskutek odziedziczonej kiły: okres trwania choroby przy pierwszych bywa zwykle mniej długotrwały, objawy chorobowe mniej silne, zwykle zajętem bywa jedno oko, rokowanie znacznie lepsze, restitutio ad integrum — rzecz zwykła.

Mr. Lang: stosowanie ciepła okazuje zwykle wpływ dobroczynny i skraca przebieg choroby.

2. Thursday, November 9. 1899.

Przewodniczy G. Anderson Critchett.

Mr. E. Treacher Collins i Mr Devereux Marshall podają 2 przypadki pierwotnego nowotworu nerwu wzrokowego, operowane przez siebie.

U 5letniego chłopczyka, znajdującego się w opiece lekarskiej, trzeszcz wzmógł się znacznie: Hp. z 4 D. powiększyła się do 9 D., a to oczywiście wskutek spłaszczenia przez tylny nowotwór przednio-tylnej osi gałki. Usunięto nowotwór nerwu wzrokowego, przeciąwszy go przy samem wejściu do gałki. Drobnowidowe badanie wykazało, iż nowotwór składał się z gęstej miękkiej osłony, rozrostu włóknistej tkanki w nerwie, w którym włókna nerwowe uległy niemal całkowitemu zanikowi, tworząc miejscami wakuole.

Drugi przypadek, niemal identyczny, spostrzegano u 46letniej kobiety.

Autorowie zwracają uwagę Tow. na rozmaitość nazw nowotworów nerwu wzrokowego, z jaką spotykamy się w literaturze. W nowotworach, spostrzeganych przez autorów (6 sztuk), czasami przeważał układ włóknisty, czasami znów układ komórkowy, zmian atoli, właściwych śluzakowi (myxoma), nie spostrzegali. Natura 6 nowotworów (gdyż autorzy okazali i uzbierane pozostałe 4) zasadniczo jest jednakową i różni się tylko w szczegółach. Autorzy sądzą, iż, ze względu na miejsce powstania nowotworów (onerwie), nazwą właściwą byłaby glioma. Autorzy powstają przeciwko tworzeniu tak często spotykanej nazwy »włókniako-mięsak« i są za ujednostajnieniem nomenklatury nowotworów nerwu wzrokowego, co

osiągnąć można niewątpliwie z łatwością, byle nie błądzić w drobiazgach.

Mr. John Griffith: o zapaleniu tęczówki w następstwie rzeżączki (urethritis). Autor odczytuje sprawozdanie z przebiegu 12 przypadków iritis, leczonych przez niego. Iritis wytwarzała się zwykle w 7 albo i więcej lat po urethritis. Przymiot można było stanowczo wykluczyć w 9 przypadkach, w 3 pozostałych przymiot był, atoli autor sądzi, iż zapalenie tęczówki było raczej następstwem urethritis, gdyż objawy gośccowe pojawiły się dopiero po tryprze. Na 12 leczonych przypadków — w 9 miał autor do czynienia z gośccem; w 8 przypadkach gośćca przed rzeżączką nie było. Co do gośccowego zapalenia tęczówki autor sądzi, iż w wielu przypadkach zależało ono niewątpliwie wprost od urethritis. W końcu przytacza Mr. John Griffith historyę powrotnego zapalenia opłucnej, niewątpliwie na tle rzeżączkowem.

Prezes sądzi, iż istotnie w wielu razach obwiniamy rzeżączkę.

Mr. Treacher Collins zajmował się ongi tego rodzaju przypadkami, jednak zawsze znajdywał podkład dnawy.

Mr. Lang sądzi, iż zapalenia tęczówki pochodzenia rzeżączkowego mają wygląd odmienny, gdyż tworzy się charakterystyczny wysięk do przedniej komórki, podobny do zwichniętej soczewki.

Włodz. Talko.

IV. LECZNICTWO.

21. Argentamina. O prątkobójczem działaniu i wpływie na głębokie warstwy tkanki podaje Hoor w „Centrbl. f. pr. Augenheilk.“ (1899. Sierpień) swe doświadczenia, robione argentaminą, fosfat etylenodiaminowy srebra, przewyższający o wiele pod powyższym względem saletrzan srebra. Gdy ostatni środek w odnośnem doświadczeniu wnika tylko na głębokość 1 mm., roczyn argentaminy dochodzi do głębokości 10 mm. Świeże kawałki wątroby króliczej, włożone w roczyn argentaminy, w całej swej grubości przesączone były tym środkiem, gdy takież włożone w roczyn saletrzanu srebra tylko w powierzchownej warstwie 1 mm. grubej okazywały działanie srebra. Starsze atoli roczyny argentaminy nie dają tak wybitnych skutków. Stąd wskazówka, by zawsze w celach leczniczych używać środka świeżo sporządzonego [1]).

[1]) To samo dotyczy protargolu. *Ref.*

Wobec tego można przypuszczać, iż argentamina także i na drobnoustroje zawarte w osłonkach *(Kapseln)* i komórkach prędzej może działać zabójczo, aniżeli inne środki, których wpływ jest tylko powierzchowny (saletrzan srebra). —

22 **Wyciąg nadnercza** zastosowuje Darier do spojówki, posługując się przytem proszkiem z nadnercza w równej części z wodą destylowaną przez aptekarza Jaqueta w Lyonie dostarczanym w ampułkach aseptycznych. Skuteczność tego środka zachwala Darier w całym szeregu cierpień ocznych, zwłaszcza jużto jako środka rozpoznawczego, gdyż po zblednięciu spojówki przez zastosowanie wyciągu tego łatwiej możemy rozpoznać granulacye, pryszczyki, zapalenie wiosenne, zapalenie twardówki, a nawet zapalenie tęczówki maskowane dla mniej wtajemniczonego i wprawnego klinicysty przez przekrwienie lub nabrzmienie spojówki, jużto w celu leczniczym. I tak pryszczyki spojówko-rogówkowe ustępują szybciej, gdy zwłaszcza wzmagamy skuteczność leczniczą zwykłych środków. Gdy przy jaskrze pilokarpina, a nawet eseryna niejednokrotnie niewiele okazywały się skutecznemi na obniżenie napięcia, dodanie, a raczej poprzednie stosowanie wyciągu nadnercza dodatni wywierało wpływ.

Darier polecił temuż aptekarzowi Jaquetowi przyrządzanie w ampułkach następującego zestawienia: Pilocarpini mur. 0.03, eserini sulf. 0.02, extr. aquos. caps. renalis 5.0, aq. dest. 5.0. —

Na poparcie przytacza D. kilka przypadków, w których środek ten, jużto sam, jużto w połączeniu z innymi, korzystnie działał przeciw jaskrze. W pewnym przypadku jaskry przyostrej, bardzo już posuniętej, otrzymał zupełne wyleczenie, 6 miesięcy już trwające, po zastosowaniu powyższego rozczynu w połączeniu z podaniem wewnętrznie pastylek nadnercza.

(„La Clinique Ophthalmologique“. Nr 11. 1900). *W.*

V. ROZMAITOŚCI.

Czy trzeba wypróżniać przewód pokarmowy przed narkozą chloroformową? — Pytanie takie zadał sobie Dr Gorbunow, który miał tę przykrą sposobność wielokrotnie na sobie samym doświadczać skutków narkozy. Mianowicie poddawał się on 11 razy różnym zabiegom operacyjnym z powodu *osteomyelitis* obydwu kości udowych. Każdym razem był chloroformowany — i to częścią po użyciu środka przeczyszczającego, częścią zaś bez takiego przygotowania. Dr Gorbunow przekonał się w ten sposób na własnej osobie, że narkoza niepoprzedzona przeczyszczeniem jest znacznie mniej przykrą, po obudzeniu się nie przychodzi do wymiotów, a chęć do jadła rychlej powraca. Nie poprzestał on jednak na tem osobistem doświadczeniu, lecz przystąpił do poszukiwań statystycznych na materyale oddziału chi-

rurgicznego prof. Ratymowa w Petersburgu. Na 1223 chloroformowanych w 95 tylko przypadkach z powodu wskazanego pośpiechu nie przeczyszczono chorych przed narkozą, ale właśnie u tych chorych podniecenie podczas usypiania było tylko nieznaczne i krótkotrwałe, a dolegliwości po przebudzeniu się mniejsze, niż u innych. („Semaine Médicale“. 1900. Nr 22). *K. W. M.*

Chloropsya. Na posiedzeniu wielkobrytyjskiego Towarzystwa oftalmologicznego z dnia 8 marca b. r. przytoczył Dr Dodd 13 przypadków chloropsyi czyli zielonowidzenia. Z zestawienia jego wynika, że w etyologii tego zaburzenia ani wiek, ani płeć, ani wady refrakcyi nie odgrywają żadnej roli. Natomiast ogólny stan ustroju i pewne choroby oczne sprzyjają powstaniu chloropsyi. Pośród 13 chorych znalazł Dr Dodd u dwóch migrenę, u dwóch kiłę, u trzech zatrucie ołowiowe, a u reszty różne schorzenia oczne, jak: oderwanie siatkówki, zapalenie siatkówki i naczyniówki, zanik i zapalenie nerwu wzrokowego. („Annales d'Oculistique“. 1900. IV). *K. W. M.*

Leczenie krótkowzroczności bez operacyi. Panas przedstawił paryskiej akademii medycznej dnia 1 maja b. m. wynik tego leczenia otrzymamy u dziecka 14letniego, u którego myopia, wynosząca 2 diop. w dziesiątym roku życia, w chwili badania doszła do 5 diop. na prawem, 4 na lewem oku. Leczenie, polegające na zapuszczaniu ponownem pilokarpiny i zakładaniu na noc opaski uciskowej, miało ten wynik, iż po pięciu miesiącach, mimo, że nauka nie doznała przytem żadnej przerwy, myopia wynosiła na prawem oku tylko 3.5, na lewem zaś 2.75 diop., co się tłómaczy, zdaniem autora, skróceniem osi przodowo-tylnej pod wpływem leczenia. Taki sam pomyślny wynik miewał autor przy stożkowatości rogówki *(Keratoconus)*.

Asthma conjunctivale nazywa prof. Rosenbach objawy, występujące u osób pletorycznych w 40 roku życia i później, a polegające na zmęczeniu i ociężałości głowy, senności bez snu, niepokoju, tłoczeniu w szyi i na piersiach, co powoduje częste, głębokie, lękliwe wdechania. Objawy te, występujące peryodycznie, kojarzą się z przekrwieniem spojówki, mianowicie górnych powiek, a także z przekrwieniem błony śluzowej nosa. Autor zaznacza przytem, że nie umie oświadczyć się, czy i jakie znaczenie przekrwienie spojówki ma w tym szeregu objawów. Czy ono jest wyrazem nieprawidłowości systemu wasomotorycznego, zaburzenia krwi obiegu w obrębie głowy lub brzucha, czy przekrwienie innym współrzędnym jest objawem, czy też wprost wyrazem głównego cierpienia. Nam się zdaje, że teorya ta wogóle jest zbyt śmiałą, a przedewszystkiem, że pięć przypadków, przez autora do typowych zaliczanych, nie wystarcza do stawienia takiej hipotezy. („Muench. Med. Wochenschrift“. Nra 20 i 21. 1900).

Zmiany w skrzyżowaniu nerwów wzrokowych w następstwie akromegalii. Dr Holden przedstawił w styczniu b. r. akademii med. w Nowym Jorku pracę, odnoszącą się do trzech przypadków.

W pierwszym przypadku przysadka mózgowa była nieco przerosła, a skrzyżowanie lekko od tyłu i spodu spłaszczone.

W drugim przypadku przysadka mierzyła z przodu ku tyłowi 3.3 cm., a w poprzek 2.7 cm., wypełniała prawie zupełnie tętnicze kółko Willisa. Nerwy wzrokowe były zanikłe, spłaszczone i skręcone, a skrzyżowanie nerwów zmieniło się na pasek błoneczkowaty, łączący oba nerwy wzrokowe.

W trzecim przypadku przysadka miała w przekroju 2.5 cm. Środkowa część skrzyżowania niezupełnie zanikła, była bardzo ściśniętą, a każdy nerw zdawał się być ciągiem dalszym odpowiedniego pasma nerwów wzrokowych.

Badanie trzech tych przypadków wykazuje, co następuje: przerost przysadka ściska tylną powierzchnię skrzyżowania, której część środkowa i tylna jest spłaszczoną i ku przodowi wysuniętą, gdy część przednią osłania powierzchnia kostna, na której spoczywa. Później całe skrzyżowanie bywa wypchnięte ku przodowi i rozciągnięte do tego stopnia, że się zupełnie przedziela.

Zapalenie nerwów wzrokowych, spostrzegane w akromegalii, może się posunąć aż do obrazu, przypominającego zastojową tarcz, a włókna nerwowe zanikają wskutek zapalenia śródmiąższowego. — W trzech atoli przez autora przytoczonych przypadkach drobnowidowo nie można było stwierdzić zapalenia nerwów. — (Według „Clinique Ophthalm.“ Nr 11. 1900). *W.*

Porządek dzienny

posiedzeń sekcyi okulistycznej IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników

w sali wykładowej c. k. kliniki okulistycznej.

I. Sobota, 21 lipca, o 4tej po południu.

Zagajenie przez gospodarza sekcyi.

Wybór prezesów i sekretarzy.

1. »*Walka z jaglicą, jako klęską społeczną.*
   Referenci: Dr Kramsztyk, Dr Cetnarowicz, Dr Steinhaus.
2. Dr Noiszewski: »*O patologii jaglicy*«.
3. Dr Noiszewski: »*Przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę jako sposób doszczętnego leczenia jaglicy przewlekłej*« (z przedstawieniem sposobu operowania).
4. Dr Dudziński: »*Badania bakteryologiczne worka spojówkowego przy jaglicy*«.

II. Poniedziałek, 23 lipca, o 4tej po południu.

5. Dr Januszkiewicz: »*Objawy gruźlicy w narządzie wzrokowym*«.
6. Dr J. Talko: »*Meningokele orbitalis*«.
7. Dr Steinhaus: »*Zmiany anatomiczne w oderwanej siatkówce*«.
8. Prof. Wicherkiewicz: »*Przyczynek do etyologii oderwania siatkówki*«.
9. Dr Majewski: »*O czynnikach wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacyi zaćmy*«.
10. Dr Bałłaban: »*Bardzo rzadka postać przybłonkowego torbiela spojówki gałki ocznej*«. (Z okazaniem preparatów drobnowidowych, fotogramów i obrazów świetlnych za pomocą skioptikonu).

III. Wtorek, 24 lipca, o 9tej rano.

11. Dr Bednarski (ref.): »*Ciała obce w oku i technika ich wydobywania*«.
12. Dr Bednarski: »*Siderosis bulbi*«. Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne z okazaniem preparatów reakcyi mikrochemicznej na żelazo.
13. Dr Winawer: »*Porażenie nerwów odwodzących (dywergencyi)*«.
14. Dr Łuniewski: »*O wartości dioniny w terapii okulistycznej*«. Z okazaniem preparatów mikroskopowych.
15. Prof. Wicherkiewicz: »*Okazanie preparatów z melanosarcoma corneae*«.
16. Dr Noiszewski: »*Przedstawienie asymetrycznej oprawy okularów*«.

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Nadzwyczajny prof. Dr Hirschberg w Berlinie mianowany zwyczajnym honorowym.

Nadzwyczajny prof. okulistyki Dr Birnbacher w Gracu mianowany tamże zwyczajnym profesorem.

Dr Schick habilitował się dla okulistyki przy uniwersytecie w Halli.

Dr Landolt w Strassburgu.

Dr Bielschowsky i Dr Birch-Hirschfeld w Lipsku.

Prof. Raehlman opuszcza katedrę w Dorpacie i wyjeżdża za granicę.

Dr Diełow, asystent klinicznego wojskowego szpitala w Petersburgu, mianowany okulistą okręgowym w Turkiestanie.

Doc. Dr S. Klein we Wiedniu przybrał jako autor przydomek Baeringer.

VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W Budapeszcie umarł, mając 79 lat, Dr Leopold Grossmann, nestor węgierskich oftalmologów.

Omyłki drukarskie.

W art. „O wągrze“ na str. 79, 2gi wiersz od dołu: zamiast 10 razy, winno być 11 razy; na str. zaś 140: zamiast Alfred Graefe, winno być Albrecht Graefe, albo A. v. Graefe.

Do wiadomości PP. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki **literackie** uprasza się adresować do **redakcyi:** *Wolska, 11.*

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya** (p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Zgoda, 4).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcya 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośne objawić na rękopisie.

Redakcya uprzejmie prosi przesyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcya.